

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Wanessa Françoise da Silva Aquino do Carmo

**PERCEPÇÃO SOBRE ALIMENTAÇÃO E OS MEDICAMENTOS ENTRE
PORTADORES DE DIABETES TIPO 2 FREQUENTADORES DE UMA
ASSOCIAÇÃO FILANTRÓPICA**

Juiz de Fora

2014

Wanessa Françoise da Silva Aquino do Carmo

**PERCEPÇÃO SOBRE ALIMENTAÇÃO E OS MEDICAMENTOS ENTRE
PORTADORES DE DIABETES TIPO 2 FREQUENTADORES DE UMA
ASSOCIAÇÃO FILANTRÓPICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Rita de Cássia Padula Alves Vieira

Juiz de Fora

2014

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Carmo , Wanessa Françoise da Silva Aquino do.
Percepção sobre a alimentação e os medicamentos entre portadores de diabetes tipo 2 frequentadores de uma associação filantrópica / Wanessa Françoise da Silva Aquino do Carmo . -- 2014.
85 f. : il.

Orientadora: Rita de Cássia Padula Alves Vieira
Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2014.

1. pesquisa qualitativa. 2. diabetes mellitus 2. 3. tratamento. 4. alimentação. 5. medicamento. I. Vieira, Rita de Cássia Padula Alves, orient. II. Título.

WANESSA FRANÇOISE DA SILVA AQUINO DO CARMO

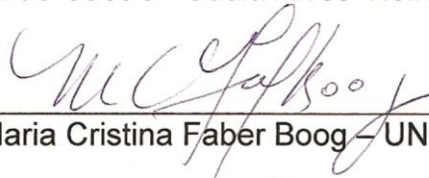
“Percepção sobre a Alimentação e os Medicamentos entre Portadores de Diabetes Tipo 2 Frequentadores de uma Associação Filantrópica.”

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovado em 14/03/2014



Rita de Cássia Padula Alves Vieira – UFJF



Maria Cristina Faber Boog – UNICAMP



Terezinha Noemides Pires Alves – UFJF

AGRADECIMENTOS

Agradeço, inicialmente, a DEUS por ter me atendido em um pedido tão constante e ter me dado forças para cumprir esta tarefa tão sonhada.

Em especial, a meu marido Daniel Vieira do Carmo, que esteve presente em todos os momentos desta caminhada, desde a minha graduação, como namorado e, com certeza, continuará ainda ao longo de minhas pós-graduações, sempre dando-me força, ânimo e, principalmente, carinho e atenção.

A minha querida mãe, Conceição Maria da Silva Aquino e ao meu querido pai Waldir Romualdo de Aquino, que são também responsáveis pela minha vida, pelo investimento em minha educação e cultura, pelos sentimentos mais nobres que um indivíduo pode adquirir.

A minha melhor amiga, companheira e irmã Walconise Francione da Silva Aquino, por sempre ter acreditado em mim, pelas orações, cuidado e paciência comigo.

A minha amiga Lélia Cápua, por ter vibrado tanto com a minha entrada no mestrado e também com a minha saída, pelo “ombro e ouvido carinhoso”.

A minha amiga Flavia Linhares, que apesar da distância sempre me incentivou, dividiu comigo medos e alegrias da profissão.

A minha avozinha Maria Lopes de Oliveira que, lá de cima, ainda está acompanhando a minha vida e “orando em nome de Jesus”, como sempre fez.

A todas as minhas tias, tios, primas e primos que torceram por mim, em especial a tia Carminha que sempre esteve mais próxima.

Aos meus sogros queridos.

A todas as colegas do mestrado que conviveram comigo durante todo o período das disciplinas, trabalhos e seminários desenvolvidos.

À Profa. Dra. Rita, que aprendi a admirar e respeitar. Agradeço a ela por ter confiado em mim para este trabalho, já que temos diferenças na formação acadêmica. Agradeço por ter me proporcionado um grande aprendizado com relação às pesquisas e à vida!

À Profa. Dra. Maria Cristina Faber Boog, por ser um exemplo de pesquisadora e de pessoa, pelo carinho com que me recebeu desde a especialização, dando-me atenção com a cessão de materiais, tempo e dedicação.

À Profa. Dra. Terezinha Noemides, por ter aceitado participar da banca de avaliação e, assim, poder contribuir com seu conhecimento para o engrandecimento deste trabalho.

A todo o Corpo Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Juiz de Fora pelo belo trabalho desenvolvido e pela confiança depositada aos alunos do curso de Mestrado.

Aos funcionários da ADJF-MG(Associação dos Diabéticos de Juiz de Fora-MG) que com muito carinho aceitaram o estudo nesta renomada instituição. Agradeço especialmente pela atenção dispensada pelas enfermeiras Rosana e Mariele, a assistente social Michele, as secretárias Agda e Nádia, e a querida assistente administrativa Adriana, além da médica Dra Célia.

A todos os pacientes portadores de *diabetes mellitus* tipo 2 da ADJF que aceitaram participar de nosso estudo e aos outros que também me acolheram nas suas reuniões de grupo.

Finalmente, ao Conselho Nacional de Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico (CNPq) por ter acreditado na viabilidade do projeto.

RESUMO

O *diabetes mellitus* tipo 2 (DM2) tem apresentado aumento no número de casos em todo o mundo, afetando cerca de 7,6% da população brasileira. A doença ocorre, normalmente, após os 40 anos e tem como principais fatores de risco: obesidade, idade, sedentarismo e hábitos alimentares. Vários estudos têm apontado uma baixa aderência dos pacientes à dieta recomendada, uma vez que o ato de comer é bastante complexo e não significa apenas a ingestão de nutrientes, envolvendo também uma amplitude de emoções e sentimentos, além de valores culturais específicos. O tratamento medicamentoso, por sua vez, implica em esquecimento ou uso incorreto dos fármacos, principalmente na ausência ou baixa percepção de sintomas. Este estudo pretendeu analisar a compreensão que portadores de DM2 têm de sua doença e a experiência dos tratamentos medicamentoso e dietético que vivenciam. Os sujeitos da pesquisa foram alguns pacientes da Associação dos Diabéticos de Juiz de Fora-MG. Optou-se pela pesquisa qualitativa, de caráter descritivo-exploratório. Os dados foram obtidos a partir de entrevistas semiestruturadas realizadas com os 17 frequentadores dos grupos educativos, homens e mulheres com faixa etária entre 55 a 78 anos. Além disso, permitiram a elaboração de quatro categorias de análise: O significado de ter diabetes; Convivendo com o diabetes; Práticas alimentares dos diabéticos e O uso dos fármacos pelos diabéticos. As análises mostraram resignação com a doença, valorização das limitações impostas pelas modificações na alimentação e uso constante dos fármacos, resiliência, maior autoestima e confiança no autocuidado, aparecimento das “licenças sociais” nos tratamentos dietético e medicamentoso, tendência a uma melhor adesão ao tratamento medicamentoso em relação ao dietético. Os resultados desta pesquisa apontam a necessidade de um atendimento por parte dos profissionais de saúde para além do biologicismo, considerando mais o doente e não só a sua doença, além da importância de outros estudos que possam subsidiar tomadas de decisão em nível educacional e político que venham ao encontro das necessidades destes pacientes e dos profissionais de saúde.

Palavras-chaves: Pesquisa qualitativa. *Diabetes mellitus* 2. Tratamento. Alimentação. Medicamento.

ABSTRACT

Diabetes mellitus type 2 (DM2) has shown increasing numbers of cases worldwide, affecting about 7.6% of the Brazilian population. The disease usually occurs after the age of 40 and its main risk factors are obesity, age, sedentary lifestyle and nutrition. Several studies have indicated low rates of patient adherence to the recommended diet, since eating is rather complex and it does not just mean nutrient intake. It also involves a range of emotions and feelings, as well as specific cultural values. Drug treatment, however, implies forgetfulness or misuse of the drugs, particularly in the absence or low perception of symptoms. This study pursued to examine the insight of DM2 patients on their disease and the experience of medical and dietary treatments they experience. The subjects in this study were patients of the Diabetic Association of Juiz de Fora - MG. We opted for a qualitative, descriptive and exploratory research. The data were obtained from semi-structured interviews with 17 individuals who regularly attend the educational groups; men and women from the ages of 55 to 78 years. Moreover, they allowed the elaboration of four categories of analysis: the meaning of having diabetes, living with diabetes, the eating habits of the diabetic, and the use of drugs by the diabetic. The analyses showed acceptance with the disease, appreciation of the limitations imposed by the changes in the diet and the constant use of medication, resilience, higher self-esteem and confidence in self-care, rise of "social licenses" in the dietary and drug treatments, propensity to a higher adherence rate to the drug treatment in relation to the dietary one. The results of this study indicate the need for care by the health professionals, beyond biologicism, considering more the patients themselves and not just their disease. In addition, the results show the importance of other studies, which can support decision making on educational and politician levels that might meet the needs of these patients and the needs of health professionals.

Keywords: Qualitative research. Diabetes mellitus 2. Treatment. Nutrition. Medicine.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Metas de controle glicêmico, metabólico e cardiovascular; e periodicidade do monitoramento	21
Quadro 2. Fármacos para o tratamento da hiperglicemia do diabetes tipo 2.....	23
Quadro 3. Classificação das insulinas e suas indicações.....	29

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADA	American Diabetic Association
ADJ	Associação de Diabetes Juvenil
ADJF	Associação dos Diabéticos de Juiz de Fora
ALAD	Asociación Latinoamericana de Diabetes
DM	<i>Diabetes mellitus</i>
DM2	<i>Diabetes mellitus</i> tipo 2
EASD	European Association for the Study of Diabetes
EV	Endovenosa
EUA	Estados Unidos da América
FENAD	Federação Nacional de Atendimento ao Diabético
GLP1	Glucagon-like-peptide
GJ	Glicose de jejum
GPP	Glicose pós prandial
HbA1c	Hemoglobina glicosilada
IAG	Inibidores das alfa-glicosidases
IM	Intramuscular
Imepen	Fundação Instituto Mineiro de Estudos e Pesquisa em Nefrologia
IPZ	Insulina Protamina Zíncica
MFM	Metformina
MG	Minas Gerais
mg/dL	Miligramas por decilitro
MP3	MPEG Layer 3 (Moving Picture Experts Group Layer 3)
MS	Ministério da Saúde
NGSP	National Glycohemoglobin Standardization Program
NPH	Neutral Protamine Hagedorn
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
SBD	Sociedade Brasileira de Diabetes
SC	Subcutânea
SES-MG	Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais
SFU	Sulfonilureias

SP	São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
TZD	Tiazolidinadionas

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	11
1 INTRODUÇÃO	13
2 REVISAO DE LITERATURA	16
2.1 A HISTÓRIA DA DOENÇA E SUA FISILOGIA.....	16
2.2 PROCESSO DE ADOECIMENTO	18
2.3 TRATAMENTO DIETÉTICO	20
2.4 TRATAMENTO MEDICAMENTOSO	22
2.5 ALIMENTAÇÃO E ESTILO DE VIDA.....	30
2.6 ADESÃO AO TRATAMENTO DO DIABETES	32
2.7 EDUCAÇÃO EM SAÚDE	34
3 OBJETIVOS	37
3.1 OBJETIVO GERAL.....	37
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	37
4 MATERIAL E MÉTODOS	38
5 ANÁLISE DOS DADOS	41
5.1. A ASSOCIAÇÃO DE DIABÉTICOS DE JUIZ DE FORA –MG (ADJF-MG).....	41
5.2. SUJEITOS DA PESQUISA	42
5.3. CATEGORIAS	43
5.3.1 O significado de ter diabetes	43
5.3.2 Convivendo com o diabetes	48
5.3.3 Práticas alimentares dos diabéticos	50
5.3.4 O uso dos fármacos pelos diabéticos	61
6 CONCLUSÃO	68
REFERÊNCIAS	71
APÊNDICES	80
ANEXOS	84

APRESENTAÇÃO

Durante minha graduação em Nutrição, as atividades na área social me apeteçiam, pois adorava participar de mutirões de saúde, realizar orientações nutricionais e lidar com gente.

Quando formada, sonhei atuar com atendimentos e com a nutrição social, e, na Associação dos Diabéticos de Juiz de Fora. Minas Gerais (ADJF-MG), meus desejos se tornaram realidade. Há sete anos, atuo nesta renomada instituição filantrópica de cuidados, principalmente, com diabéticos. Convidada por uma amiga, me propus a fazer atendimentos, semanalmente, na Associação. Recebemos um valor financeiro razoável pelo trabalho prestado, mas adquirimos um conhecimento de valor inestimável, pela da troca de informações com o paciente, em cada orientação prestada.

São diferentes realidades apreendidas nos atendimentos de crianças, adultos, idosos, homens, mulheres, pessoas com baixo ou alto poder aquisitivo, com grande ou pequeno entendimento. Isso tudo nos fazem crescer muito na profissão.

Trabalhar na ADJF é um delicioso e constante desafio! É um ambiente agradável, de recepção calorosa dos funcionários para com os usuários, para com os outros prestadores de serviço, e vice-versa. Além disso, há muita delicadeza nos atendimentos aos adoecidos.

É um local sempre muito limpo e organizado em todas as suas salas. Na recepção, há cafezinho (feito com adoçante), TV, revistas e cadeiras confortáveis para todos. Além disso, há frases, fotos, artigos motivacionais para uma vida saudável, colados em mural, para os pacientes e acompanhantes.

Na parte interna, existem cinco consultórios para as diversas especialidades de profissionais de saúde, um consultório equipado para o tratamento do pé do diabético, um consultório oftalmológico, e um laboratório de análises clínicas. Ademais, há balanças antropométricas, computadores e outros recursos bastante adequados para nossos atendimentos.

Percebe-se boa vontade no cuidado com todos os pacientes, por parte dos profissionais. Além disso, há a integração nas especialidades por meio dos encaminhamentos dos clientes entre os profissionais de saúde, nos encontros em eventos científicos, quais sejam congressos e palestras.

Neste ambiente, tão interessante para a promoção e atenção à saúde, sempre me intrigou a baixa adesão de muitos “pacientes”, especialmente dos portadores de diabetes tipo 2, que são a maior parte dos atendidos na ADJF. Para todos são disponibilizados atendimentos de médico, de enfermagem, de psicologia, de serviço social e de nutrição, a preço acessível, além de grupos de cuidados, palestras de saúde e eventos culturais, tais como festas, passeios e bazares. Estes recursos não são determinantes para o cuidado com o diabetes?

Então, assim que fui admitida no curso de mestrado e nos primeiros contatos com minha orientadora, reforcei a proposta de analisar a percepção do diabético sobre o tratamento de sua doença, a partir da pesquisa qualitativa.

Por meio desta pesquisa, meu olhar se voltou para o indivíduo e não a sua doença. Desta forma, acredito que, valorizando mais a sociologia e a saúde coletiva, tentei entender a subjetividade do comportamento humano em relação à doença e compreender as razões das dificuldades de adesão ao tratamento proposto para ela.

Com o tesouro obtido da pesquisa participante e das entrevistas com os diabéticos participantes dos grupos, espero obter subsídios para construir um trabalho mais humano com os “não mais pacientes, clientes ou usuários”, e sim, “personagens ativos” de seus tratamentos.

1 INTRODUÇÃO

O *diabetes mellitus* figura entre as quatro principais causas de morte no país, além de ser a principal causa de cegueira adquirida e de estar fortemente associado às doenças coronariana e renal, e ainda às amputações de membros inferiores (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2011). Geralmente também é associado à obesidade, às dislipidemias, à hipertensão, dentre outras moléstias, as quais são condições fortemente associadas às mudanças no perfil populacional, seja por conta da inversão da ocupação demográfica ou do desempenho reprodutivo ou mesmo pela inversão da pirâmide populacional. Atreladas a essas mudanças, observa-se alterações no perfil epidemiológico das doenças relacionadas à alimentação: redução nos valores de prevalência do déficit estatural, declínio marcante na prevalência de desnutrição em crianças menores de cinco anos e, também, aumento da prevalência de sobrepeso e obesidade na população brasileira, com caráter epidêmico (BATISTA FILHO; RISSIN, 2003).

Há quatro tipos principais de *diabetes mellitus*: tipo 1, tipo 2, gestacional e intolerância à glicose. A perda de peso, glicosúria, poliúria e polidipsia são os sintomas clássicos. Seu diagnóstico é realizado por meio da presença destes sintomas, da verificação da glicemia de jejum, além do teste de tolerância à glicose, que também é denominado curva glicêmica (KLACK et al., 2007).

O *diabetes mellitus* tipo 2 (DM2) corresponde a 90 a 95% dos casos conhecidos dessa doença e resulta da associação de anormalidades na ação e secreção da insulina. Os níveis endógenos deste hormônio podem estar baixos, normais ou elevados. Ocorre, normalmente, após os 40 anos e tem como principais fatores de risco: obesidade, idade, sedentarismo e hábitos alimentares (FRAIGE et al., 2007).

Pelo menos uma em cada dez mortes de adultos com idades entre 35 a 64 anos são atribuídas ao diabetes. Três quartos das mortes entre pessoas com diabetes em idades abaixo de 35 anos são decorrentes de sua condição social e econômica. O diabetes é reconhecido como um dos principais problemas de saúde na América Latina e no Caribe, afetando quase 19 milhões de pessoas na região (BRASIL, 2006a).

O DM2 tem apresentado aumento no número de casos em todo o mundo, afetando cerca de 8% da população dos Estados Unidos e 7,6% da população brasileira, tendo prevalência de 2,7% na população entre 30 a 39 anos e 17,4% entre 60 a 69 anos. Estima-se que, em 2030, a população mundial de diabéticos possa chegar a 300 milhões (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2011).

Em Minas Gerais, assim como no Brasil, o conjunto das doenças cardiovasculares é considerado o principal problema de saúde pública, tendo na hipertensão e no diabetes as causas importantes para seu predomínio (MINAS GERAIS, 2008).

De acordo com a Coordenação Estadual de Centros Hiperdia¹ de Atenção Secundária em Hipertensão Arterial e *Diabetes mellitus*, programa da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG), a estimativa de prevalência do diabetes é 10% na população com idade acima de 20 anos. Em especial, o município de Juiz de Fora possui 37.572 diabéticos (FUNDAÇÃO INSTITUTO MINEIRO DE ESTUDOS E PESQUISAS EM NEFROLOGIA, 2012). Este número representa 7,28% da população total de Juiz de Fora-MG, que é de 516.247 pessoas. Este percentual é semelhante ao da média nacional de diabéticos (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, c2014).

Cumprir a dieta adequada é parte fundamental no tratamento do DM2. Vários estudos têm apontado uma baixa adesão dos pacientes à dieta recomendada. O ato de comer é bastante complexo e não significa apenas a ingestão de nutrientes, mas envolve também uma amplitude de emoções e sentimentos, além de valores culturais específicos. Nesse sentido, muitas vezes, “*come-se*” simbolicamente o nervosismo, a ansiedade e as frustrações do cotidiano. O comportamento alimentar está relacionado tanto com aspectos técnicos e objetivos (o que, quanto e onde comemos), como também com aspectos socioculturais e psicológicos. Há um sistema de valores, de símbolos e significados que estão associados à dimensão do comer e que precisa ser compreendido pelos

¹ O Centro Hiperdia é um programa da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG), referência ao atendimento de pacientes hipertensos de alto e muito alto grau de risco cardiovascular e diabéticos insulino-dependentes. Em Juiz de Fora, o Centro foi inaugurado em 2010, por meio de um convênio firmado entre a SES-MG, a Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) e a Fundação Instituto Mineiro de Estudos e Pesquisas em Nefrologia (Imepen), que administra o Centro. O Hiperdia pretende melhorar a qualidade de vida e ampliar a longevidade dos pacientes com hipertensão e diabetes (FUNDAÇÃO INSTITUTO MINEIRO DE ESTUDOS E PESQUISAS EM NEFROLOGIA, c2008-2011).

profissionais de saúde, para maior eficácia das ações com pacientes submetidos a rigoroso controle alimentar (PERES; FRANCO; SANTOS, 2006).

A doença crônica implica uma transformação da vida de seu portador, pois ele deve continuar envolvido nas mesmas atividades de antes, tais como estudo, trabalho, lazer, dentre outras. Porém, ele não mais será o mesmo, devendo (re)organizar e (re)adaptar sua vida em função do cuidado e controle de sua saúde e de seu bem estar. Espera-se que o portador desta doença frequente o serviço de saúde, com encontros com diversos profissionais de saúde, tenha atitudes diárias específicas de seu tratamento visando ao cuidado de sua saúde. Contudo, isso não é fácil ou rápido de acontecer e depende dos recursos sociais, econômicos e culturais de que ele disponha (MAIAS NETO, 2003).

Portanto, desenvolver atendimento aos diabéticos requer muito mais do que dar informações. É preciso implementar ações educativas que considerem estas repercussões sociais e a estrutura muitas vezes deficiente dos serviços de saúde.

Muitos serviços de saúde pública, voltados para os diabéticos, apresentam profissionais de saúde desmotivados em suas orientações, por falta de conhecimento sobre a importância de seu trabalho, baixos salários, altas jornadas, condições precárias – como escassez de espaço físico, de recursos humanos e materiais. O paciente também se sente desmotivado, pois não se cuida por não ter sido orientado de forma motivadora e eficaz. Desta forma, um ciclo vicioso se instala (GRILLO; GORINI, 2007).

Sendo assim, nesse trabalho, pretende-se estudar a compreensão que portadores de *diabetes mellitus* tipo 2 têm de sua doença e a experiência dos tratamentos medicamentoso e dietético que vivenciam, por meio de uma pesquisa com usuários de uma unidade de assistência de saúde filantrópica do município de Juiz de Fora – MG, a ADJF.

2 REVISAO DE LITERATURA

2.1 A HISTÓRIA DA DOENÇA E SUA FISIOLOGIA

A palavra *diabetes* vem do grego *diabetes*, e significa “o que atravessa”, ou sifão pelo qual escoar a água, numa alusão à diurese excessiva dos pacientes (MOTTA, 2009).

A primeira descrição documentada dos sintomas do diabetes até hoje encontrada está em um papiro egípcio, que possuía relatos de sintomas e receitas para vários distúrbios. Dentre as falas de pacientes descritas neste documento, havia o emagrecimento, sede contínua e urina em abundância. O tratamento incluía folhas de hortelã, dieta e apelos a Ísis e Osíris (ADJ DIABETES BRASIL, [c20--]).

Na Antiguidade, o diabetes era diagnosticado pelo sabor adocicado na urina, já que os médicos a experimentavam. O termo *mellitus*, que em latim quer dizer “mel”, foi adicionado mais tarde na literatura médica ocidental numa referência à urina açucarada, que atraía abelhas (ADJ DIABETES BRASIL [c20--]).

De acordo com McLellan e outros (2007), o *diabetes mellitus* tipo 2 caracteriza-se como uma síndrome de etiologia múltipla, decorrente da falta de insulina e/ou da sua incapacidade de exercer adequadamente seu papel no organismo, resultando em resistência insulínica. Nesta síndrome, há a presença de hiperglicemia crônica, frequentemente acompanhada de dislipidemia, hipertensão arterial e disfunção endotelial.

Por mais que já tenha havido avanços no tratamento do DM, essas disfunções endoteliais ainda são responsáveis por importantes taxas de morbimortalidade relativas à doença. Em longo prazo, o DM é responsável por alterações funcionais e estruturais tanto na macro quanto na microcirculação, sendo, esta última, a responsável por maior parte das morbidades. O principal determinante dessas complicações é a hiperglicemia constante, que leva a anormalidades bioquímicas e estruturais de olhos, rins, coração, vasos sanguíneos e nervos periféricos (AGUIAR; VILLELA; BOUSKELA, 2007).

Embora todas as células em um portador de diabetes estejam expostas à hiperglicemia, o dano desta se limita àqueles tipos celulares que desenvolvem

hiperglicemia, como é o caso das células endoteliais. Estas, ao contrário de muitas outras células, são incapazes de controlar negativamente o transporte de glicose quando expostas à hiperglicemia. A duração e a magnitude da glicemia elevada estão fortemente correlacionadas com a extensão e a velocidade de progressão de doenças microvasculares (AGUIAR; VILLELA; BOUSKELA, 2007).

A retinopatia e neuropatia diabéticas são disfunções microendoteliais responsáveis por, respectivamente, alterações visuais e de sensibilidade, que muitas vezes impõem limitações ao autocontrole do paciente. O cuidado, principalmente com os pés, fica prejudicado, levando a traumas que, frequentemente, evoluem para úlceras crônicas e infecções. Podem ser consequências destas feridas as amputações, as quais levariam a problemas físicos, mentais e sociais irreversíveis (GAMBA et al., 2003).

A nefropatia diabética é também a causa mais comum de insuficiência renal crônica terminal, chegando a 25% dos casos de pacientes em diálise. A associação entre nefropatia diabética e doença cardíaca é bem conhecida há muitas décadas. Pacientes diabéticos tipo 1 ou tipo 2 com proteinúria apresentam um aumento de 3 a 4 vezes da mortalidade, principalmente por causas cardíacas (GROSS et al., 2007).

O diagnóstico do DM2, na maioria dos casos, é feito com um atraso médio de 5 a 7 anos, muitas vezes quando as complicações crônicas já estão presentes. Os portadores desta doença apresentam mais comumente sintomas inespecíficos, tais como: tonturas, dificuldade visual, astenia, câimbras, vulvovaginite, disfunção erétil, dentre outros (SIQUEIRA, 2010).

O teste sanguíneo de glicemia em jejum é o preferido para diagnosticar diabetes em adultos, sendo mais preciso quando feito pela manhã. O diagnóstico é dado quando, pelo menos duas medidas de glicemia de jejum, de 8 horas, sejam igual ou acima de 126 mg/dL. Outros testes para o diagnóstico de diabetes são: teste oral de tolerância à glicose com nível de glicemia igual ou acima de 200 mg/dL, após 2 horas da ingestão de líquido contendo 75 gramas de glicose dissolvida; ou nível de glicemia acima ou igual a 200 mg/dL, feito em qualquer hora do dia, em conjunto com presença de sintomas de diabetes (BRASIL, 2006a).

É consenso que a hemoglobina glicosilada (HbA1c) é a melhor forma de avaliar o controle glicêmico; entretanto, poucos textos médicos valorizam as técnicas de sua dosagem. Os EUA criaram um programa para a padronização da metodologia de dosagem da HbA1c, denominado *National Glycohemoglobin*

Standardization Program (NGSP). Hoje, existem mais de 30 diferentes maneiras para a avaliação da hemoglobina glicosilada, cabendo ao profissional de saúde escolher a melhor referência (OLIVEIRA, J. E. P.; MILECH, 2006).

A dosagem da hemoglobina glicosilada avalia a glicemia média dos últimos 120 dias, prazo correspondente à vida média de uma hemácia, sendo que 50% do seu valor representam apenas os últimos 30 dias, e 40% representam os 31 a 90 dias anteriores à sua dosagem, restando 10% do seu valor, atribuíveis ao período de 91 a 120 dias. Alguns fatores podem interferir nos ensaios para a sua dosagem, os quais são: hemoglobinopatias; anemias; uso de vitaminas C e/ou E; hipertrigliceridemia severa; hiperbilirrubinemia; uremia; alcoolismo; uso de drogas contendo salicilatos; administração de opioides (OLIVEIRA, J. E. P.; MILECH, 2006; PINTO et al., 2011).

Deste modo, o DM é considerado um problema de saúde pública. Além de apresentar altas prevalências, contribui para reduzir a capacidade para o trabalho e a expectativa de vida devido à elevada morbidade, mortalidade, incapacidades e ao custo do tratamento ambulatorial e hospitalar (MELLO-JORGE; GOTLIEB; LAURENTI, 2001).

2.2 PROCESSO DE ADOECIMENTO

A doença, vista como um desequilíbrio, interfere em todos os aspectos da vida humana e na relação com o próprio corpo, no trabalho e no lazer. Para Herzog² apud Maias Neto (2003), a ocorrência de uma disfunção demarca o início do processo vivido pelo indivíduo que vai do estar doente/sentir-se mal, ser doente e, finalmente, ser paciente. Este último estágio constitui-se em um diferencial frente ao seu grupo (MAIAS NETO, 2003):

² HERZOG, R. A percepção de si como sujeito-da-doença. **Physis: revista de saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 143-155, 1991.

O “*estar doente*” tem início com um mal estar passageiro. Estado subjetivo em que alguns sintomas são identificados pelo indivíduo, levando-o a automedicação e, posteriormente, a busca de assistência médica. O diagnóstico seria o responsável por transformar o estar em ser doente, identificando-o como portador de uma doença, por exemplo, passando o estar diabético para o ser diabético. Uma relação de tutela e de controle, no processo terapêutico, se estabelece, convertendo-o em paciente. Isto é, em alguém que está sob o cuidado médico e espera serena e resignadamente os “*resultados do tratamento que precisa seguir*” (HERZOG apud MAIAS NETO, 2003, p. 16).

Canesqui (2007a) afirma que na etapa de reconhecimento da doença, há a busca de aceitação à nova identidade a ser vivida pelos portadores de doenças crônicas. Estes pacientes convivem com a enfermidade de longa permanência, que causa reflexos importantes em suas próprias vidas e nas relações sociais. Por este motivo, o estudo da enfermidade requer pontos de vista multidimensionais, capazes de interagir a experiência individual, as posições sociais, a cultura e o cuidado médico juntamente com práticas alternativas de cura.

Geertz³ apud Silva (2008) diz que a relação real entre o homem e seu mundo é invertida na sua consciência, e neste processo ele é capaz de produzir uma realidade que a nega. Dessa forma, o paciente não assume sua enfermidade, pois sua condição de doente não é percebida por falta de impressões sensíveis pelo mal estar físico e /ou psíquico. Com a sensação de sintomas claros, é que o portador de DM2 pode se perceber doente.

Faria e Belatto (2009), em seu estudo de caso, de abordagem qualitativa, apontam que a partir do diagnóstico do diabetes, o indivíduo passa a instituir novas normas para o seu viver, fazendo escolhas possíveis em decorrência de sua percepção da manifestação da doença no seu corpo, resultando nas limitações e nas restrições de suas atividades diárias. Além disso, surge a diminuição da autoestima como parte desse processo, principalmente em virtude da dificuldade das escolhas alimentares. Estas, integrantes de encontros familiares e de amigos, são influenciadas pela cultura regional e midiática, podendo se transformar em transgressões às prescrições dos profissionais de saúde, no momento do alimentar. Neste processo de adoecimento, a nova relação com o alimento a ser assumida é considerada uma situação de difícil convivência.

³ GEERTZ, C. Uma descrição densa: por uma teoria interpretativa da cultura. In: GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989. p. 13-41.

2.3 TRATAMENTO DIETÉTICO

Mudanças na dieta e a realização de atividade física, além da utilização adequada de medicamentos, podem contribuir para a qualidade de vida dos portadores de DM2. De acordo com a *American Diabetes Association* (ADA) e a *European Association for the Study of Diabetes* (EASD), a mudança de estilo de vida é de suma importância no tratamento (CARVALHO et al., 2012).

Com exceção da hereditariedade, outros fatores predisponentes do DM2, tais como a obesidade, o estresse e o sedentarismo, podem ser prevenidos e/ou controlados por mudanças no estilo de vida (MOLENA-FERNANDEZ et al., 2005).

Lalonde apud Colombo e Aguilar (1997) define o estilo de vida como um

[...] conjunto de decisões individuais que afetam a saúde e sobre os quais se pode exercer certo grau de controle. As decisões e os hábitos pessoais que são maus para a saúde, criam riscos originados pelo próprio indivíduo. Quando estes riscos resultam em enfermidade ou morte se pode afirmar que o estilo de vida contribuiu ou causou a enfermidade ou disfunção (LALONDE apud COLOMBO; AGUILAR, p. 70).

O tratamento do DM2, desta maneira, não pode considerar apenas a biologia humana. Deve relacionar, também, o meio ambiente à organização da atenção à saúde, ou seja, dados referentes ao estilo de vida (LALONDE⁴ apud COLOMBO; AGUILAR, 1997).

Alguns estudos mostraram que pessoas que consomem uma dieta saudável, rica em cereais integrais e ácidos graxos poli-insaturados, associada ao consumo reduzido de ácidos graxos trans e de alimentos com elevado índice glicêmico, apresentam riscos diminuídos para o desenvolvimento de *diabetes mellitus*. Porém, a adesão às recomendações nutricionais nem sempre é satisfatória (CARVALHO et al., 2012; McLELLAN et al., 2007).

A prática da contagem dos carboidratos pode proporcionar maior flexibilidade no plano alimentar. Esta é uma terapia dietética prescrita por médicos e nutricionistas para pacientes diabéticos, os quais contabilizam os gramas de carboidratos consumidos nas refeições, preferindo os de baixo índice glicêmico. (COELHO, 2008).

⁴ LALONDE, M. **A new perspective on the health of Canadians**: a working document. Ottawa: Government of Canada, 1974.

Guimarães e Takayanagui (2002) reportam que existem quatro estádios para o tratamento do diabetes tipo 2. São eles: a) Estádio I, relacionado ao tratamento dietético, programa de exercícios, mudança de estilo de vida, treinamento em automonitorização; b) Estádio II, o qual utiliza drogas antiobesidade e antidiabéticos orais em monoterapia ou em combinação, além das orientações do Estádio I; c) Estádio III, com uso de insulina em tratamento oral ou instituição definitiva da insulina como monoterapia, além das orientações do Estádio I; d) Estádio IV, que visa à intensificação do tratamento insulínico com as orientações do Estádio I.

Neste sentido, o plano terapêutico para o diabetes tipo 2 inclui controle glicêmico e prevenção de complicações crônicas.

Para o controle da glicemia, orienta-se a farmacoterapia e mudanças no estilo de vida, além disso, são recomendadas as intervenções preventivas metabólicas e cardiovasculares, e a detecção e tratamento de complicações crônicas (BRASIL, 2006a). O Ministério da Saúde (MS) orienta, conforme Quadro 1, metas de controles glicêmico, cardiovascular e metabólico e a periodicidade de monitoramento.

Quadro 1. Metas de controle glicêmico, metabólico e cardiovascular; e periodicidade do monitoramento

PARÂMETRO	META	PERIODICIDADE
Plano alimentar	Alimentação saudável 18,5 < IMC < 25kg/m ² ou perda de peso	Verificar e orientar cada consulta
Atividade física	> 30 min/d ou > 1h/dia (perda/manutenção do peso)	Verificar e orientar cada consulta
Fumo	Não fumar	Verificar e orientar a cada consulta
Hemoglobina Glicada (A1C)	< 7%	A cada 3 meses até alcançar controle; depois, a cada 6 meses
Glicemia de jejum	90-130 mg/dL	Mensal
Colesterol LDL	< 100 mg/dL	Anual
Colesterol HDL	> 40 mg/dL	Anual
Triglicerídeos	< 150 mg/dL	Anual
Pressão arterial	< 130/80 mmHg	A cada consulta
Vacinação*	Influenza	Vacinação anual

* Vacinação pneumocócica: Uma vez, depois reforço após 65 anos

Fonte: Brasil (2006a, p. 21)

Somente a transmissão de informações pode não ser estratégia suficiente para a instalação de mudanças nos hábitos alimentares e de vida, além do entendimento adequado da doença. Pesquisas trazem a importância de se englobar, nos atendimentos em saúde, os aspectos subjetivos e emocionais que influenciam na adesão ao tratamento, indo além dos processos cognitivos (FRAIGE et al. 2007; MAIAS NETO, 2003).

Neste sentido, a abordagem do indivíduo diabético remete a uma visão holística, reconhecendo a complexidade do seu sistema psíquico e somático. Os profissionais de saúde devem compartilhar, de forma integrada, a responsabilidade terapêutica com o paciente, não deixando de incluí-lo nas decisões do seu cuidado (TORRES; HORTALE; SCHALL, 2003).

A educação, combinada com a terapia de comportamento para a mudança de estilo de vida, pode produzir grandes benefícios para os indivíduos diabéticos, fortalecendo e encorajando a decisão de sustentarem o regime terapêutico. A mudança de estilo de vida pode melhorar em 80% o manejo clínico inadequado do diabetes (TORRES et al., 2009).

A educação da população em saúde feita pelas equipes de saúde deve incluir o nutricionista. A educação nutricional é atividade própria deste profissional que deve ser considerado referência para outros profissionais quanto a trabalhar com dieta para pacientes crônicos (BOOG, 2008).

2.4 TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

O tratamento farmacológico do DM2 objetiva atingir o controle glicêmico satisfatório em pacientes que não o conseguiram por meio de medidas não-medicamentosas, como perda de peso, mudanças de hábitos alimentares e aumento da atividade física (OLIVEIRA, J. E. P.; MILECH, 2006).

De modo geral, o cumprimento do tratamento farmacológico representa uma complexa interação entre três pilares: fatores sociais, fatores relativos ao paciente e fatores relativos aos profissionais de saúde. Aspectos como condição socioeconômica e cultural, idade, sexo, estado civil, tipo de fármaco prescrito, quantidade de comprimidos, tempo de doença, enfermidades, medicamentos

associados e orientações recebidas dos profissionais de saúde se relacionam com o êxito ou o fracasso da adesão ao tratamento medicamentoso (ARAÚJO et al., 2010).

Além disso, há muitos pacientes que não aderem à medicação por acreditar ser dispensável em virtude do caráter assintomático assumido pela doença em algumas situações, principalmente no seu início (ARAÚJO et al., 2010; GIMENES; ZANETTI; HAAS, 2009).

Entre os agentes medicamentosos disponíveis para a terapia do diabetes estão incluídos a insulina e os hipoglicemiantes orais (principalmente, biguanidas e sulfoniluréias), os quais são os mais usados no Brasil (BRASIL, 2006a).

O Quadro 2 apresenta a listagem de fármacos e posologia utilizados no tratamento do diabetes tipo 2.

Quadro 2. Fármacos para o tratamento da hiperglicemia do diabetes tipo 2

FÁRMACO	POSOLOGIA
Metformina	500mg a 2,550gr, fracionada em 1 a 3 vezes ao dia, nas refeições.
Sulfoniluréias	
Glibenclamida	2,5mg a 20mg, 1 a 2 vezes ao dia, nas refeições.
	2,5mg a 20mg, 1 a 3 vezes ao dia, nas refeições.
Glicazida	40mg a 320mg, 1 a 2 vezes ao dia, nas refeições
Insulina	
NPH	10U NPH ao deitar (ou 0,2U/kg), aumento gradual de 2U; reduzir em 4U quando houver hipoglicemia. Se necessário, adicionar 1 a 2 injeções múltiplas, ver texto.
Regular	Em situações de descompensação aguda ou em esquemas de injeções múltiplas

Fonte: Brasil (2006a, p. 26)

As drogas existentes visam: corrigir a insuficiência insulínica, as quais são os secretagogos de insulina; diminuir a resistência insulínica como, por exemplo, a metformina e as tiazolidinadonas, que constituem um grupo; ou ainda, minimizar a absorção de glicose, os quais são os inibidores de alfa-glicosidase. Sendo o DM2 um distúrbio metabólico complexo – existe tanto resistência quanto insuficiência insulínica –, há a necessidade de combinação medicamentosa para que o objetivo seja atingido (OLIVEIRA, J. E. P.; MILECH, 2006).

Os secretagogos são vantajosos, pois permitem manter a variação de insulinemia mais próxima à fisiológica. São exemplos: a classe das glinidas, que são

representadas pelas meglitinidas (repaglinida e nateglinida). Estes medicamentos estimulam a secreção de insulina durante o período das refeições, reduzindo a hiperglicemia pós-prandial (OLIVEIRA, J. E. P.; MILECH, 2006).

As Sulfonilureias (SFU) são secretagogos, que foram introduzidas no tratamento do DM2 há cerca de 50 anos e são constituídas por uma estrutura comum, a sulfa, associada à uréia e a diversos radicais que conferem características específicas de cada composto. A glibenclamida (gliburida) é a SFU mais usada na prática clínica. Também são utilizadas a glimiperida e a glicazida (OLIVEIRA, J. E. P.; MILECH, 2006).

As biguanidas são os medicamentos orais mais antigos para o tratamento do DM e minimizam a resistência insulínica. Seu emprego foi baseado no efeito hipoglicemiante da guanidina, porém a droga se mostrou hepatotóxica. Com a separação do efeito hepatotóxico do hipoglicemiante, houve a síntese das biguanidas: fenformina e metformina (MFM). A primeira foi retirada do mercado, devido à precipitação da ácido láctico. A segunda é o fármaco mais utilizado, pois apresenta a vantagem de não produzir hipoglicemia e inibir o apetite (OLIVEIRA, J. E. P.; MILECH, 2006; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2011).

A Direção Geral de Saúde de Portugal e a SBD recomendam a utilização da metformina como o fármaco de primeira linha no tratamento do diabetes tipo 2 e que seja inicialmente utilizada em monoterapia (PINTO et al., 2011; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2011).

A recomendação da metformina como fármaco de primeira linha é a mais importante afirmação da norma da Direção Geral de Saúde de Portugal, pois esta prescrição pode reduzir a mortalidade e morbidade nos doentes com diabetes e excesso de peso ou obesidade, pois haveria inibição de apetite e perda de peso (OLIVEIRA, J. E. P.; MILECH, 2006; PINTO et al., 2011).

As tiazolidinadionas (TZD) são substâncias que aumentam a captação periférica da glicose, pois são sensibilizadoras de insulina, o que resulta em diminuição da resistência insulínica. A troglitazona foi o primeiro composto lançado, mas já foi retirada do mercado devido ao seu potencial hepatotóxico. Atualmente, são comercializadas a rosiglitazona e a pioglitazona. A primeira foi proibida, no ano de 2010, no Brasil e Europa, por estar relacionada ao risco aumentado de infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral e insuficiência cardíaca (OLIVEIRA, J. E. P.; MILECH, 2006).

Os inibidores das alfa-glicosidases (IAG) são drogas que retardam e prolongam a absorção de sacarídeos após as refeições, diminuindo significativamente o pico hiperglicêmico pós-prandial. A acarbose foi o primeiro composto do grupo a ser lançado no mercado (OLIVEIRA, J. E. P.; MILECH, 2006).

Os novos tratamentos farmacológicos apontados são: os inibidores da DPP-4, cujos exemplos são a vidalgliptina e sitagliptina; além da exanetida, que é um análogo de GLP1 (glucagon-like-peptide), um peptídeo semelhante ao glucagon (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2009).

A vidagliptina e a sitagliptina agem aumentando a vida média do GLP-1 por meio da inibição da enzima dipeptil dipeptidase IV (DPP-IV), a qual degrada o GLP-1. Tem perfis semelhantes ao da insulina, porém são orais, podendo ser usados uma ou duas vezes ao dia. Têm pouco efeito gastrointestinal e baixo risco de hipoglicemia, podendo ser usado juntamente com a metformina. Possuem efeito neutro em relação ao peso e são contraindicadas para pacientes com insuficiência renal (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2009).

O único análogo do peptídeo semelhante ao glucagon é a exanetida. Sua molécula tem múltiplos mecanismos de ação, tais como o aumento de secreção de insulina pelas células beta, a redução de produção e secreção de glucagon, a lentificação do esvaziamento gástrico, o aumento da saciedade com possibilidade de perda de peso, as melhorias glicêmicas e o baixo risco de hipoglicemia. Seus efeitos colaterais são vômitos e náuseas, nas primeiras semanas de tratamento. Sua via de administração é subcutânea, sendo contraindicado para pacientes renais (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2009).

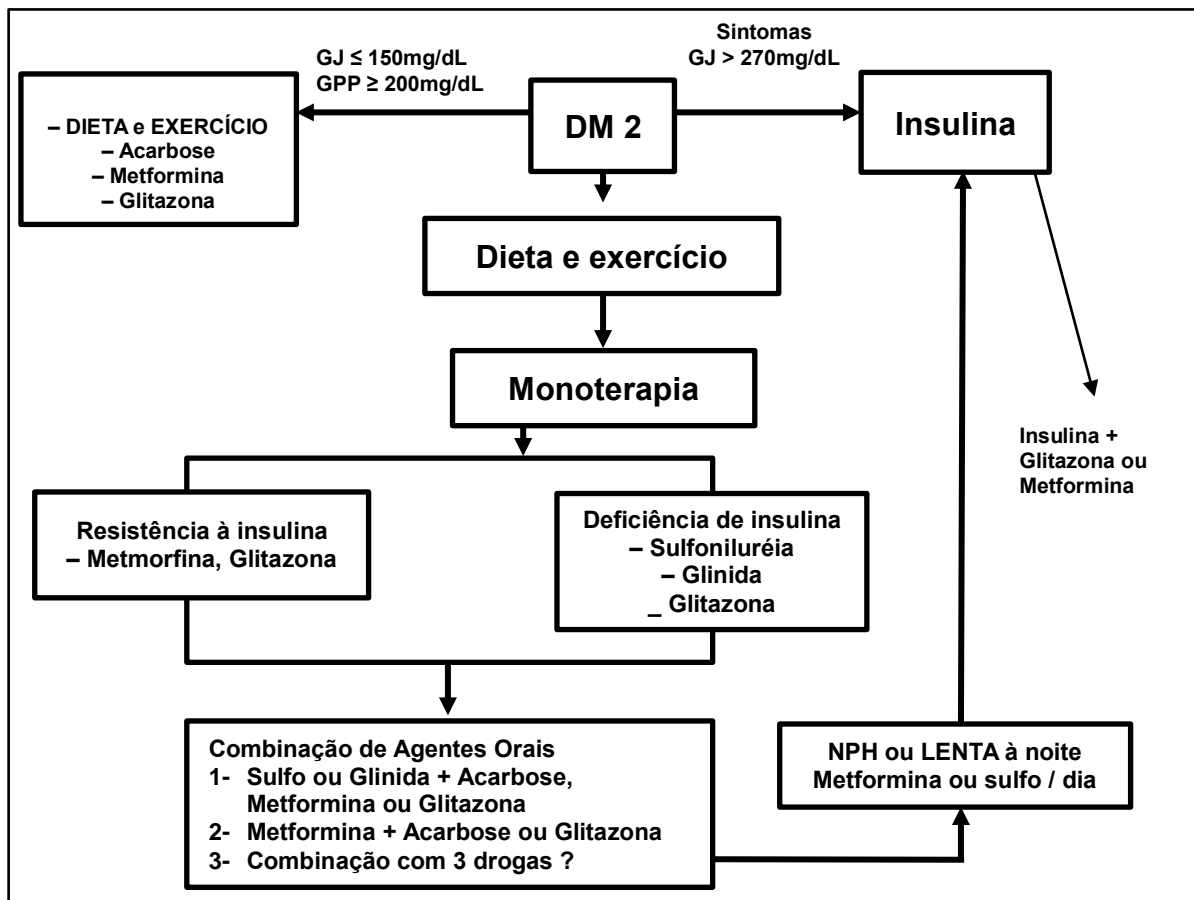
Existe um arsenal de fármacos no mercado atual para a manutenção da normoglicemia, porém, por conta de dificuldades financeiras, a adesão a esta terapêutica fica prejudicada, pois, quase sempre, o orçamento dos diabéticos é insuficiente para suprir os gastos com a terapêutica do DM, como a dieta nova, a compra de calçados adequados, a prática de atividade física, dentre outros. Há também dificuldades no entendimento da prescrição, pois muitos pacientes são idosos que, muitas vezes, estão com suas funções cognitivas comprometidas. O tratamento pode ser eficaz se o processo educativo fizer estas considerações sociais dos pacientes (ARAÚJO et al., 2010).

Os critérios para a escolha do fármaco devem considerar a efetividade no controle da glicemia, os eventuais efeitos de excesso de glicose capazes de

modularem a longo prazo a história natural do diabetes e as suas complicações macro e microvasculares, o perfil de segurança, a tolerabilidade, a facilidade de administração e os custos do tratamento (PINTO et al., 2011).

A figura 1 apresenta a escolha do tratamento farmacológico baseada na glicemia de jejum, na glicemia pós-prandial e nos sintomas do DM2.

Figura 1. Esquema medicamentoso indicado pela ADA



Fonte: J. E. P. Oliveira e Milech (2006, p. 88)

Legenda: GJ: glicose de jejum; GPP: glicemia pós prandial; NPH: Neutral Protamine Hagedorn

A insulinoterapia é um tipo de tratamento utilizado com o acompanhamento de um endocrinologista, quando não é alcançado o nível glicêmico desejado por meio da dieta, da atividade física e do uso de medicamentos orais (OLIVEIRA, J. E. P.; MILECH, 2006).

As células beta do pâncreas aumentam a secreção de insulina em resposta ao nível absoluto de glicemia ou ao aumento da mesma. A perda de responsividade

da secreção insulínica aos níveis de glicose, que é a glicotoxicidade, pode ser reversível em estágios mais precoces (MELO, 2006).

Antes do diagnóstico e tratamento do DM2, as células beta produzem insulina em excesso, para compensar a resistência à insulina. Entretanto, o acúmulo de amiloide nestas células provoca o declínio da secreção de insulina. Ao diagnóstico de DM2, a função das células beta está preservada em apenas 50% e esta deterioração continua a ocorrer, com o passar do tempo do diagnóstico, independente do tipo de tratamento empregado: dietético, de atividade física, medicamentoso e ou insulínico (MELO, 2006).

As insulinas presentes no mercado são: regular ou simples; NPH; lenta; ultralenta; pré-mistura. Além disso, existem os análogos de insulina (Lispro, Aspart, Glargina, Determir). Há também as bombas de insulina que são acopladas ao corpo do paciente e injetam insulina ultrarrápida continuamente, conforme programa pré-definido pelo médico (COELHO, 2008).

A insulina regular ou simples é também chamada de solúvel ou natural, é incolor. Ela possui ação rápida e pode ser usada de forma endovenosa (EV), intramuscular (IM) ou subcutânea (SC). É administrada por via EV, em casos de descompensações agudas, como a cetoacidose diabética e o estado hiperglicêmico-hiperosmolar não cetótico. Seu uso SC normalmente é efetivado, associado à insulina NPH no esquema *clássico* (duas vezes por dia: antes do desjejum e jantar). Pode ser usada em bombas de infusão contínua de insulina subcutânea (OLIVEIRA, J. E. P.; MILECH, 2006).

A NPH (Neutral Protamine Hagedorn) é classificada como insulina de ação intermediária. É a mais usada no mundo, possui aparência leitosa devido à mistura equimolar de protamina e insulina. As de origens humana e porcina têm perfis farmacocinéticos semelhantes, com início de ação entre 1 e 2 horas, pico de 4 a 10 horas e término de ação entre 14 e 20 horas. Nos esquemas de múltiplas doses diárias, utilizados no controle estrito da glicemia, esse tipo de insulina pode ser usado entre 2 e 4 vezes por dia, especialmente a humana (OLIVEIRA, J. E. P.; MILECH, 2006).

A insulina lenta, considerada também como sendo de ação intermediária, devido à associação de zinco à insulina, é menos solúvel e sua farmacocinética é semelhante à da NPH (OLIVEIRA, J. E. P.; MILECH, 2006).

A Ultralenta ou de longa duração é a forma mais insolúvel da insulina, tendo seu tempo de ação prolongado, pois imita a secreção basal. Na prática clínica, esse tipo de insulina ainda não consegue exercer o papel de manter o nível sérico de insulina basal com apenas uma injeção diária. São exemplos a Glargina e a Determir (OLIVEIRA, J. E. P.; MILECH, 2006).

As misturas de insulina são as várias associações de insulina NPH e regular, em um mesmo frasco, contendo as proporções, como: 70/30 (70% da dose de NPH e 30% da dose em insulina regular); 80/20; 75/25; 90/10. A vantagem da mistura está no fato de não ser necessária a manipulação de dois frascos diferentes de insulina, porém, há a desvantagem da dosagem ser prefixada (OLIVEIRA, J. E. P.; MILECH, 2006).

Os análogos de insulina são substâncias modificadas em laboratório que têm o potencial de diminuir a glicemia, como a insulina o faz. As modificações realizadas são as responsáveis pelas particularidades de sua farmacocinética e farmacodinâmica. São exemplos: lispro, aspart e glargina.

A Lispro é um análogo da insulina de ação ultrarrápida, em que há uma inversão na cadeia, dos aminoácidos prolina (posição 28) com a lisina (posição 29), com potência hipoglicemiante similar à da insulina regular. Deve ser administrada dentro do período de 15 minutos antes do início das refeições, causando menos episódios de hipoglicemia pós-prandial quando comparada à insulina regular. Devido à maior flexibilidade dos horários em relação à alimentação e sua aplicação, pouco tempo antes das refeições os diabéticos que fazem seu uso, referem ter melhor qualidade de vida, quando comparados à insulina regular. Pode ocorrer, contudo, maior frequência de hiperglicemias no período pós-prandial tardio, após 3 ou 4 horas das refeições (OLIVEIRA, J. E. P.; MILECH, 2006).

A Aspart é um análogo da insulina de ação ultrarrápida, em que há uma substituição na cadeia, da prolina (posição 28) pelo ácido aspártico, que tem potência hipoglicemiante similar à insulina regular e ao análogo Lispro. Também tem seu início de ação em 15 minutos e causa menor incidência de hipoglicemia pós-prandial, quando comparado à insulina regular. Pode ser usada nas bombas de infusão contínua subcutânea de insulina (OLIVEIRA, J. E. P.; MILECH, 2006).

A Glargina é um análogo de insulina recentemente comercializado. Difere da insulina humana devido à substituição dos aminoácidos glicina pela asparagina na posição 21 da cadeia e pela adição de duas moléculas do aminoácido arginina nas

posições 31 e 32 de sua cadeia. Apresenta um perfil, como insulina de depósito, melhor do que as insulinas NPH e lenta. Habitualmente é administrada antes de dormir e não apresenta pico de ação, mantendo assim constantes os níveis séricos de insulina e imitando a secreção basal. Tem seu início de ação cerca de 4 horas após a sua primeira tomada. Mostrou-se melhor que as outras insulinas de depósito, pois melhora a glicemia de jejum, diminui os episódios de hipoglicemias noturnas dos pacientes diabéticos dos tipos 1 e 2 (OLIVEIRA, J. E. P.; MILECH, 2006).

A Detemir é bastante utilizada, pois além de controlar as hipoglicemias noturnas, previne variações glicêmicas de hemoglobina glicada. Há o inconveniente do ganho de peso (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2012).

A seguir, no Quadro 3, a classificação das insulinas e suas indicações (BRASIL, 2002, p. 123):

Quadro 3. Classificação das insulinas e suas indicações

Tipo	Início (Min)	Pico (H)	Duração (H)	Indicações
De ação rápida				
Regular ou cristalina	30-60 Imediato (IV)	1,5-4 –	5-8 0,5 (IV)	Cetoacidose; diabetes gestacional; diabetes de tipo 1; esquemas combinados; terapia tipo <i>bolus</i> antes das refeições
Lispro	25	0,5-1,5	2-5	
Aspart	25	0,6-0,8	3-5	
Glulisina	15	0,6-0,8	1-2,5	
De ação intermediária				
NPH ou isófana	1-2	6-12	18-24	Manutenção do controle glicêmico basal, em diabetes de tipos 1 e 2
Lenta	1-2	6-12	18-24	
Detemir	–	1,5	20-24	
De ação prolongada				
Ultralenta	4-6	16-18	20-36	Manutenção do controle glicêmico com baixas concentrações ao longo do dia
IPZ	4-6	14-20	24-36	
Glargina	2-5	5-24	18-24	

IPZ: Insulina Protamina Zíncica

Fonte: Brasil (2012, p. 123)

2.5 ALIMENTAÇÃO E ESTILO DE VIDA

As transformações sociais, econômicas e demográficas ocorridas globalmente, durante as duas últimas décadas, coincidiram com alterações no perfil epidemiológico dos padrões alimentares e de atividades físicas, conferindo heterogêneos padrões nutricionais em diferentes situações, especialmente, entre adultos, tanto em países desenvolvidos como em algumas regiões do nosso país (ALMEIDA et al., 2011).

O Brasil, nas últimas décadas, sofreu transformações epidemiológicas. De um quadro caracterizado por altas taxas de morbidade e mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias, transitando, em um período de tempo relativamente curto, para um predomínio das doenças crônicas não transmissíveis, provocando alterações na maneira de adoecer e morrer da população. Essa transição epidemiológica não foi homogênea no país, o que se pode explicar pelas diferenças regionais quanto à situação socioeconômica, ao acesso a serviços de saúde, à diversidade cultural, à velocidade de urbanização, ao acesso e ao uso de informações e a mudanças de estilo de vida (SANTOS, A. F. L.; ARAÚJO, 2011).

A tendência da mudança dos padrões de consumo alimentar nas últimas três décadas, a qual foi analisada apenas nas áreas metropolitanas do país, indica persistência de um teor excessivo de açúcar na dieta, com redução no consumo de açúcar refinado e aumento no consumo de refrigerantes e de biscoitos em 400%, além do aumento no aporte de gorduras em geral, não evidenciando qualquer tendência de superação dos níveis insuficientes de consumo de frutas e hortaliças. Nota-se, ainda, que alimentos tradicionais na dieta do brasileiro, como o arroz e o feijão, perdem importância neste período (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2004).

Garcia (2004) aponta a importância de se conhecer a ingestão alimentar de grupos, ou mesmo de indivíduos, como sendo uma tarefa complexa, pois esta está mergulhada nas dimensões simbólicas da vida social, envolvidas nos mais diversos significados, desde o âmbito cultural até as experiências pessoais. As práticas alimentares devem ser abordadas por meio de métodos de investigação que sejam qualitativos.

O fácil acesso a comidas com alto teor de gordura e de açúcar, além da redução ou a inexistência da atividade física são fatores que facilitam o acúmulo de peso e, conseqüentemente, favorecem o surgimento do diabetes (SOUZA et al., 2005).

O sedentarismo é frequente nas diversas classes sociais brasileiras. Knutt e outros (2011), em estudo de análise de dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio⁵ (PNAD), 2008, em relação à prática de atividade física, assinalam que um em cada cinco brasileiros não pratica qualquer forma de exercícios físicos, e que um em cada três assiste, em média, 3 horas ou mais de televisão por dia.

Inquéritos populacionais sobre a prática de atividade física se fazem importantes, pois se relacionam com eventos de saúde e qualidade de vida em jovens, adultos e idosos. Estes estudos devem analisar aspectos comportamentais, influentes na mudança do quadro de saúde individual e coletivo, sendo parâmetros importantes para a avaliação direta ou indireta de políticas públicas com o objetivo de mudar a situação de saúde das pessoas (KNUTT et al., 2011).

Nesse contexto, a prática de exercícios físicos, sobretudo os aeróbicos, também pode exercer influência significativa no controle do DM2. Sua relação com a doença ocorre devido ao poder depressor da atividade física na glicemia, por meio da maior utilização dos lipídeos circulantes como fonte de energia na realização das tarefas motoras, bem como após o término do trabalho muscular, com o intuito de restabelecer os estoques energéticos. Com isso, existe subsequente aumento de sensibilidade da membrana celular à ação insulínica, fator que diminui as concentrações de insulina e glicose circulantes (CONDOGNO; FERNANDES; MONTEIRO, 2012).

Apesar das vantagens da atividade física, grande parte da população é inativa ou se exercita em níveis insuficientes para alcançar resultados satisfatórios para a saúde. Estima-se que 50% dos indivíduos que começam um programa de exercício interrompem-no nos primeiros seis meses, visto que constitui parte de um longo tratamento e necessita de mudanças no estilo de vida (FECHIO; MALERBI, 2004). Contudo, estes mesmos autores demonstraram com os resultados e

⁵ INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios (PNAD): um panorama da saúde no Brasil – acesso e utilização de serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde 2008**. Brasília: IBGE, 2010. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/monografias/GEBIS%20-%20RJ/panorama.pdf>>. Acesso em: 13 out. 2012.

discussões de seus trabalhos que, se apoiados pela família e se inseridos em grupos sociais, a adesão a esta atividade pode girar em torno de 80%.

2.6 ADESÃO AO TRATAMENTO DO DIABETES

Natal (1997) define adesão a um tratamento de saúde como o processo em que o paciente cumpre, segue e obedece às recomendações dos profissionais de saúde, fazendo com que o seu comportamento coincida com os conselhos e indicações desses profissionais. Quando o paciente deixa de observar estas orientações estabelecidas pelo profissional e/ou pelo serviço, o mesmo é considerado como não aderente ao tratamento.

Reiners e outros (2008) em seu estudo de revisão de adesão ou não aos tratamentos do DM2 demonstram que as prescrições não devem ser impositivas e punitivas para se efetivar a aderência aos cuidados com a doença.

Frequentemente, os profissionais de saúde se deparam com a baixa adesão ao tratamento proposto aos doentes crônicos, visto que o acompanhamento é longo e são necessárias mudanças em seus comportamentos sociais e dietéticos. O tratamento das doenças crônicas deve minimizar a morbimortalidade e promover a qualidade de vida aos indivíduos assistidos, desde que seja eficiente e contínuo (REINERS et al., 2008).

D. G. V. Silva e outros (2006), em sua pesquisa, assinalam que a aderência ao tratamento do diabetes ocorre em três momentos: no primeiro, os pacientes recorrem aos seus próprios conhecimentos, a de seus familiares e vizinhos ou a de pessoas conhecidas (subsistema familiar), que indicam os serviços de saúde (subsistema profissional) como o local onde poderiam obter respostas para as alterações orgânicas; no segundo momento, as escolhas dos pacientes podem ser relacionadas ao uso de receitas caseiras de chás, e mais aconselhamentos de vizinhos e parentes. Ainda neste momento, o subsistema familiar é valorizado quanto à crença de que a cura possa ser possível, pois para o subsistema profissional esta possibilidade não existe. Com a continuidade da doença, as pessoas vão experimentando diferentes tratamentos e cuidados: tomam remédio, mas não fazem a dieta; fazem exercício e tomam chás, mas não fazem a dieta;

tomam chás e tomam remédios, mas não fazem dieta e exercícios. Há uma infinidade de combinações que as pessoas tentam, verificando o que melhora e o que piora a doença. Procuram uma maneira de viver bem com sua condição crônica, numa expressão de sua liberdade. Por fim, no terceiro momento, o tratamento indicado pelos profissionais de saúde toma o lugar de destaque, mesmo que com sugestões familiares (SILVA, D. G. V., et al., 2006).

Para pacientes com DM2, limitações e proibições impostas pela doença e seu tratamento cerceiam a liberdade de fazer o que se tem desejo, o que provoca um “*viver triste*”. Inúmeros significados estão embutidos no processo de realizar a dieta recomendada, bem como a restrição da autonomia, a perda do prazer de comer e beber, além da diminuição da liberdade para se alimentar quando e como quiser (PERES; FRANCO; SANTOS, 2006).

O conceito de adesão de diabéticos ao tratamento farmacológico é compreendido como o uso dos medicamentos prescritos em pelo menos 80% do seu total, observando-se horários, dosagem e tempo de tratamento. A efetividade do tratamento de doenças crônicas depende, essencialmente, de dois fatores: a eficácia do tratamento prescrito e a adesão do paciente ao seu tratamento (ARAÚJO et al., 2010).

Em estudo sobre adesão de diabéticos ao tratamento medicamentoso, Araújo e outros (2010) afirmam que 34% se esquecem de tomar os fármacos, sendo que a minoria, 14%, não sentem pesar por isso, não se preocupando com esta situação. Outros 54,5% tomam remédios em doses incorretas ou ainda em horário inadequado. Além destes aspectos, há de se considerar as dificuldades da relação profissional de saúde-paciente.

Já sobre a adesão à prática da atividade física, Peres e outros (2007), em seu trabalho, mostraram que pacientes diabéticos relataram fazer exercícios físicos, mas não de forma sistemática. As justificativas para sua não realização foram: viagens, trabalho, estresse e mudanças no clima. A adesão à prática de atividade física pelo paciente de DM2, relaciona-se ao convívio social de grupos, a sensação de prazer proporcionada por ela, a disponibilidade financeira para tal atividade, além do incentivo por parte do profissional de saúde, dentre outros fatores.

Sartorelli, Franco e Cardoso (2006) em seu estudo de revisão sobre intervenções nutricionais e prevenção do DM2 colocam que mudanças alimentares promovidas por meio de orientações alimentares que sejam desenvolvidas em

atividades de grupo ou individuais promovem perda de peso, controle de colesterol e glicemia. Contudo esta intervenção alimentar deve estar associada a mudanças no estilo de vida para ser efetivada.

Um estudo mexicano aponta que indivíduos participantes de grupos educativos em diabetes reduzem seu índice de massa corpórea e glicemia, com o compartilhamento de informações nestas atividades. Estas devem apresentar metodologias que sejam reflexivas (CABRERA-PIVARAL et al., 2004).

A adesão não pode ser apenas cumprir determinações do profissional de saúde. Se assim o fosse, a autonomia do paciente não teria valor, sendo o paciente completamente excluído do controle do seu estado de saúde, cabendo esse papel exclusivamente ao profissional. Supõe-se também que o tratamento não teria influência ou interferência de familiares, amigos ou vizinhos, nem das representações de saúde, de corpo e de doença para o paciente. No processo de adesão, os pacientes têm autonomia e habilidade para aceitar ou não as recomendações dos profissionais de saúde, tornando-se participantes ativos do processo do cuidado (PONTIERE; BACHION, 2010).

Alguns fatores têm apresentado grande importância com relação à adesão dos pacientes ao tratamento. São eles: respostas corporais de controle da doença; variáveis socioeconômicas; relação custo-benefício do tratamento; interação entre profissionais de saúde e pacientes; vínculo com a unidade de saúde; efeitos e interações medicamentosas positivas; concepções e conhecimentos a respeito da própria síndrome; e participação da família e de amigos no tratamento (PONTIERE; BACHION, 2010). O desafio do estímulo à adesão ao tratamento por parte do profissional de saúde está na consideração de todos esses fatores em seu atendimento.

2.7 EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A educação está presente durante toda a vida do ser humano. Ela prevê interação entre as pessoas envolvidas dentro de um contexto sócio-econômico-cultural, visando modificações entre educando e educado (MACIEL, 2009).

No caso específico da educação em saúde, os seus conceitos e propósitos adaptaram-se conforme as mudanças de paradigma iam ocorrendo no setor saúde. Este foi modificado por influência de modificações pedagógicas (MACIEL, 2009).

De uma educação sanitária impositiva, voltada para o controle de doenças infecto-parasitárias, no começo do século passado no Brasil, a educação em saúde tornou-se crítica e reflexiva, nos dias de hoje (BORBA et al., 2012). Contudo ainda há profissionais de saúde que vêm aplicando em sua prática educativa, o modelo sanitarista, que apenas transmite conhecimentos de forma verticalizada, do educador em relação ao educando (BORBA et al., 2012).

Segundo Paulo Freire (2011) a educação se dá mediante a problematização das situações vividas e implica em uma crítica a elas. Ela acontece no diálogo, onde há a reflexão sobre o mundo a ser transformado, com a liberdade de se criar, de se propor, o quê e como se aprender, além da conscientização, que é a posição crítica à realidade (FREIRE, 2011).

Este autor, bastante referenciado em saúde, coloca ainda que a educação deve ser dialógica pressupondo a compreensão do outro como sujeito, detentor de um determinado conhecimento, o qual deve ser respeitado. O indivíduo não deve ser mero receptor de informações. Entende-se que em um processo contínuo de interação, remete a uma “escuta atenta” e uma “abertura” ao saber do outro, permitindo uma construção compartilhada de saberes. Isso é fundamental para a motivação da pessoa no processo de aprendizagem, o qual deve promover uma autonomia do sujeito nas suas decisões (FREIRE, 2011).

A educação em saúde tem por objetivo a melhoria das condições de vida e de saúde da população, e para isto, é necessário que ela esteja voltada para a realidade a qual se destina e contemple o espaço onde são vivenciados os principais problemas de saúde. Esta educação deve ser transformadora da realidade social (BORBA et al., 2012).

O diabetes é uma condição definitiva, que necessita de uma educação contínua para o paciente se adaptar as mudanças e possíveis conseqüências que a enfermidade pode trazer (SELLI et al., 2005).

A educação em saúde realizada em grupo é interessante, pois o espaço favorece a construção coletiva de conhecimento e a reflexão acerca da realidade vivenciada pelos seus membros, por meio do rompimento da relação de “cima para baixo” do profissional para com o cliente, valorizando os diversos saberes e a

possibilidade de intervir criativamente no processo de saúde-doença de cada pessoa (DIAS; SILVEIRA; WITT, 2009).

Um grupo é mais que o somatório de pessoas, é uma nova entidade com vida própria, podendo oferecer suporte, socialização e fortalecimento do autocuidado (DIAS; SILVEIRA; WITT, 2009).

Os profissionais de saúde para atuarem motivando os participantes do grupo devem promover a integração destes para com os outros colegas e para com os próprios profissionais. Eles devem atuar de forma interdisciplinar, reconhecendo o indivíduo em sua parte biológica e psicológica para que as ações sejam planejadas e desenvolvidas em conjunto com outros profissionais, possibilitando o compartilhamento da responsabilidade terapêutica entre as várias categorias (BORBA et al., 2012).

Todavia, estes profissionais apresentam dificuldades, relacionadas à participação motivada e contínua da equipe nessa capacitação, bem como na multiplicação dessas informações para a população. Os profissionais de saúde precisam ser capacitados para esse papel de educadores, com conhecimento não só de clínica, como também em comunicação, com a possibilidade de aplicação de novas práticas (BORBA et al., 2012).

Em consonância com esta necessidade de aprimoramento dos profissionais de saúde, o MS está desenvolvendo uma estratégia de educação em saúde para o autocuidado em DM, com a construção de uma rede de tutores e multiplicadores em âmbitos regional, estadual e local. O objetivo é desencadear uma metodologia ativa que impacte na prática de cada profissional e capacite-o para executar ações com a finalidade de desenvolver autonomia do indivíduo no autocuidado, que construam habilidades e desenvolvimento de atitudes para a contínua melhoria do controle sobre a doença, alcançando o progressivo aumento da qualidade de vida (BRASIL, 2009).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Compreender a percepção que os portadores de *diabetes mellitus* tipo 2 têm sobre o papel exercido pelos medicamentos e pela dieta no seu cotidiano.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Compreender qual é o significado, para esses sujeitos, de serem portadores de diabetes;
- Investigar o comportamento que assumem diante da condição por eles apresentada, no que diz respeito ao cotidiano, à experiência de modificar práticas alimentares e utilizar medicamentos.

4 MATERIAL E MÉTODOS

Este trabalho utilizou a pesquisa qualitativa, que é geralmente mais relevante que a quantificação de dados, no que diz respeito ao estudo das relações sociais entre pessoas e situações sob diversos aspectos (FLICK, 2009).

As estruturas sociais em pesquisa qualitativa são consideradas tanto no seu advento como em sua transformação, como relações humanas significativas. A realidade é uma construção de relações sociais em que o investigador participa, e há interações entre e com os sujeitos analisados (MINAYO, 2010).

A pesquisa qualitativa em saúde, segundo Minayo (2010), consiste na compreensão das relações de crenças, percepções, opiniões e interpretações das pessoas e apresenta a maneira com a qual esses indivíduos se posicionam, pensam, sentem e vivem. Desta forma, a pesquisa qualitativa aponta um universo de significados, que corresponde a processos e fenômenos complexos, que não podem ser reduzidos a números.

Esta pesquisa é do tipo descritiva-exploratória. Descritiva por explicar um fato ou um fenômeno de determinada realidade, por meio de recursos aprofundados que descrevem as dimensões, variações, a importância e o significado. Exploratória, pois além de observar e descrever o fato ou o fenômeno, também investiga como este se manifesta, além de outros fatores associados (TRIVIÑOS⁶ apud SCHMALFUSS, 2011).

Nesta perspectiva, por meio da observação participante, o pesquisador buscou ambientar-se nas atividades relativas aos grupos de cuidados com diabéticos frequentadores da Associação de Diabéticos de Juiz de Fora (ADJF). A observação participante trata-se da presença do observador, numa situação social com a finalidade de realizar uma investigação científica. Face a face, observador e observado estiveram no mesmo cenário, compartilhando suas experiências. (SCHWARTZ M. S.; SCHWARTZ C. G.⁷ apud LIMA, K. A., 2004).

A técnica utilizada para a coleta de dados foi a entrevista semiestruturada, que é uma das ferramentas da pesquisa qualitativa, além das notas de campo e a

⁶ TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais:** a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987. p. 116-175.

⁷ SCHWARTZ, M. S.; SCHWARTZ, C. G. Problems in participant observation. **American journal of sociology**, Chicago, v. 60, p. 343-353, 1955.

observação participante. Esta primeira, marcada pela dimensão do social, não se reduz a uma troca de perguntas e respostas previamente preparadas, mas é concebida como uma produção de linguagem, portanto, dialógica. Os sentidos são criados na interlocução e dependem da situação experienciada, dos horizontes espaciais ocupados pelo pesquisador e pelo entrevistado. Na entrevista é o sujeito que se expressa, sua voz carrega o tom de outras vozes, refletindo a realidade de seu grupo, gênero, etnia, classe, momento histórico e social (FREITAS, M. T. A., 2002).

Para obtenção da amostra, foi selecionada, inicialmente, uma “amostragem proposital, intencional ou deliberada”, definida como aquela de escolha deliberada de respondentes, sujeitos ou ambientes, oposta à amostragem estatística, preocupada com a representatividade de uma amostra em relação à população total. Essa amostragem tornou possível pedir às pessoas para explicar por que elas comportavam-se de certo modo, explorar suas decisões ou inquirir sobre fatos subjacentes (TURATO, 2003).

O critério de saturação dos dados (TURATO, 2003) foi utilizado para a determinação final de quantos indivíduos foram entrevistados. Por meio deste método de amostragem, após as informações coletadas com certo número de sujeitos, novas entrevistas passaram a apresentar uma quantidade de repetições em seu conteúdo, determinando o fechamento da coleta.

A ADJF-MG é uma instituição filantrópica da área da saúde que há quarenta anos presta atendimento à população deste município e região, por meio de consultas médicas e pela atuação de outros profissionais de saúde, além de ações em grupos educativos sobre esta doença. A partir das fichas cadastrais da ADJF, foram verificados dados sociodemográficos (sexo, idade, grau de escolaridade, situação econômica, moradia) dos usuários dos grupos educativos que poderiam ser sujeitos da pesquisa.

Foram incluídos na amostra pacientes portadores de DM2, participante dos grupos educativos, que tinham recebido o diagnóstico há pelo menos seis meses, que possuíam mais de 18 anos, que não apresentavam problemas psiquiátricos e/ou outros que dificultassem a capacidade de comunicação e que concordaram em participar da pesquisa. Além disso, tais pacientes tiveram seu diagnóstico em idade adulta, quando já adotavam hábitos e estilos de vida próprios. Esse fato parece ser dificultador de mudanças. O tempo do diagnóstico superior a seis meses foi fator

considerado interessante para se perceber se mudanças alimentares e de estilo de vida já estavam sendo implementadas.

Para a realização das entrevistas, foi elaborado um roteiro (Apêndice A) construído a partir de uma revisão da literatura. Esse roteiro foi submetido a um pré-teste que comprovou sua adequação para a população investigada. Além deste roteiro, utilizou-se um questionário socioeconômico (Apêndice B) que foi respondido pelos sujeitos da amostra a fim de confirmar ou atualizar dados já existentes nas fichas cadastrais.

As entrevistas ocorreram após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C). Tais entrevistas, foram individuais e gravadas, foram posteriormente transcritas literalmente. A transcrição literal foi submetida à análise temática de conteúdo. A análise do material buscou a identificação de categorias temáticas, depois de uma pré-análise e exploração do material, seguidas da organização e tratamento (interpretação) dos resultados obtidos (MINAYO, 2010).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora, de acordo com o documento CAAE 09178712.7.0000.5147, em 13 de dezembro de 2012 (Anexo A).

A escolha da amostra foi antecedida das reuniões dos grupos educativos, nas quais participaram os possíveis pesquisados e a pesquisadora, durante seis semanas entre os meses de março a maio do ano de 2013. Durante estas reuniões, foram feitas anotações em um caderno de campo, sobre os acontecimentos e frequência na reunião. As falas expressas nas reuniões foram gravadas em aparelho MP3.

Após a transcrição de todos os eventos e as falas dos participantes, houve a leitura e análise deste material para a escolha dos possíveis sujeitos a serem entrevistados, além das falas dos participantes do grupo que pudessem contribuir com os objetivos da pesquisa. Houve três *leituras flutuantes* do material para a determinação dos *personagens chaves* e das falas importantes para a pesquisa.

A partir da aceitação dos sujeitos, as entrevistas eram marcadas, e aconteciam antes ou após as reuniões dos grupos. Tais entrevistas tiveram a duração de cerca de 40 minutos. Após a leitura, transcrição e análise de conteúdo destas, a saturação dos dados foi obtida com o 17º indivíduo entrevistado.

5 ANÁLISE DOS DADOS

5.1. A ASSOCIAÇÃO DE DIABÉTICOS DE JUIZ DE FORA –MG (ADJF-MG)

Com a finalidade de educar e de solidarizar os pacientes, as chamadas Associações de Diabéticos surgiram, no Brasil, a partir do ano de 1956, em São Paulo. Em Juiz de Fora - MG, a ADJF foi criada em 1959 e tem atuado na orientação e auxílio dos portadores de diabetes, independentemente de sua nacionalidade, raça, sexo, categoria ou condição social, fornecendo-lhes conhecimento e tratamento (ASSOCIAÇÃO DOS DIABÉTICOS DE JUIZ DE FORA, c2010-2013).

Seguindo as orientações de órgãos como a Federação Nacional das Associações de Diabéticos (FENAD), Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) e os parâmetros do Ministério da Saúde, a ADJF desenvolve as seguintes atividades: atendimento aos pacientes por parte de médicos, assistente social, nutricionista, enfermeiro, psicólogo e outros profissionais de saúde; atendimento laboratorial; execução de projetos de pesquisas; realização de cursos formativos sobre diabetes para usuários e para profissionais de saúde; distribuição regular de insulina, seringas e hipoglicemiantes orais para os mais carentes; dentre outras (ASSOCIAÇÃO DOS DIABÉTICOS DE JUIZ DE FORA, c2010-2013).

A ADJF conta, em média, com 2500 sócios e presta serviços para a população do município e das cidades vizinhas. É uma instituição filantrópica e recebe contribuições de diabéticos sócios, de laboratórios de produtos farmacêuticos, além da doação de parte do valor pago pelos usuários pelos atendimentos prestados por profissionais de saúde do local (ASSOCIAÇÃO DOS DIABÉTICOS DE JUIZ DE FORA, c2010-2013).

Cerca de 30 pacientes são atendidos por dia nas consultas de médicos e de outros profissionais. Os usuários podem ainda se inserir em grupos de educação em diabetes. São sete grupos que funcionam com a periodicidade de encontro a cada 15 dias. Contam com a presença de 10 a 15 pessoas em cada grupo e essas têm idades variando entre 7 a 80 anos.

Os grupos são divididos, existindo 3 grupos frequentados apenas por mulheres, outros 3 grupos frequentados por homens, e há, ainda, um grupo em que participam apenas crianças e adolescentes. As atividades nestes grupos acontecem durante uma hora e variam entre discussão de temas sobre diabetes (funcionamento de glândulas, higiene pessoal, alimentação, uso de medicamentos, dentre outros), brincadeiras, comemorações de datas especiais, passeios entre outras atividades.

Os grupos educativos foram criados há cerca de 16 anos por uma enfermeira e são conduzidos atualmente por 3 profissionais de saúde. Uma assistente social conduz a reunião do grupo dos homens, nas segundas-feiras pela manhã, e a do grupo das mulheres, nas quartas-feiras à tarde. Uma enfermeira conduz outros grupos, o dos homens e o das mulheres, em horários diferenciados, nas segundas-feiras à tarde. E, por fim, outra enfermeira conduz dois grupos, um de homens e um de mulheres, nas terças-feiras à tarde. O grupo das crianças e adolescentes acontece aos sábados, e é conduzido por uma psicóloga.

Essas reuniões se iniciam com uma atividade física de alongamento, monitorada pelas profissionais de saúde, por cerca de cinco minutos. Após, há a leitura de um texto, de uma única página, elaborado pelas enfermeiras e adaptado de um tema relativo ao diabetes, baseado em materiais científicos obtidos em artigos da internet e do material “*Consenso sobre: Prevenção, controle e tratamento do diabetes mellitus não insulino dependente, da ALAD*” (ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE DIABETES, 1995). Após a leitura compartilhada desse material, ocorre a discussão do respectivo tema com os participantes, monitorada pelas profissionais de saúde, em cerca de 30 minutos.

Finalizando a reunião, existe um momento de descontração, cerca de 10 minutos, com brincadeiras como bingo, adivinhação, contação de casos e piadas, e premiação com brindes, além do reforço da marcação do próximo encontro.

5.2. SUJEITOS DA PESQUISA

Os sujeitos analisados se constituíam de 8 homens, que possuíam idade entre 60 e 78 anos. Já as 9 mulheres tinham idades variando entre 55 e 78 anos.

Os entrevistados possuíam grau de instrução variando entre apenas alfabetizados: cinco indivíduos; possuindo o primeiro grau completo: quatro indivíduos; primeiro grau incompleto: três indivíduos; segundo grau completo: quatro indivíduos; terceiro grau completo: um indivíduo.

Todos os entrevistados eram aposentados. No aspecto financeiro, oito entrevistados tinham renda familiar entre um e dois salários mínimos; uma pessoa tem renda familiar entre dois e três salários mínimos, e o restante, oito pessoas tinham renda familiar acima de três salários mínimos. A maioria morava, em média, com três pessoas, sendo estas seus familiares. Apenas dois entrevistados moravam sozinhos.

O tempo do diagnóstico de diabetes variava entre 1 e 30 anos. Os entrevistados faziam uso de medicamentos para diabetes tais como: metformina, glimeperida, glibenclamida, além de outros medicamentos que têm outros princípios ativos, como Galvus[®], Azucron[®]. Todos estes fármacos eram usados duas ou três vezes ao dia, pelos sujeitos.

A insulina fazia parte da terapêutica de 5 entrevistados. Para a maioria dos associados, esta era aplicada duas vezes ao dia. Nenhum entrevistado usava insulina rápida.

5.3. CATEGORIAS

As categorias a serem analisadas se relacionaram ao significado do diabetes para o adoecido, a convivência com o diabetes, as práticas alimentares dos diabéticos e o uso do fármaco por estes doentes.

5.3.1 O significado de ter diabetes

Alguns pacientes portadores desta enfermidade não veem o diabetes como doença, pois podendo ser silenciosa em seu início, não manifesta sintomas desconfortáveis frequentes, demonstrando pouca compreensão da doença.

A. C. G. G. O. D. Lima (2005), em seu estudo sobre representações sociais de doença e de saúde em portadores de diabetes que procuraram o serviço público de retinopatia, corrobora a fala de Geertz apud Silva (2008), pois estes pacientes não se consideravam doentes pelo fato de não sentirem dores. Muitas pessoas vinculam doenças a dores e desconforto. Tal percepção leva a uma preocupação quanto ao acompanhamento médico, tendo em vista que diabetes tem sintomas silenciosos, que só se manifestam em estágio avançado.

Viver com o DM2 implica em ajustar-se à complexa dinâmica de relações com a sociedade, os familiares, os sentimentos pessoais, o cotidiano, gerando mudanças de hábitos, adequação de rotinas, realização de cuidados, a fim de se obter um viver saudável com o DM e a prevenção das complicações agudas e crônicas (TAVARES et al., 2011).

Diferentes pessoas têm diferentes percepções acerca de uma doença, ocorrendo manifestações e reações singulares em cada uma destas pessoas. Algumas conseguem superar os desafios e manter a doença sob controle, mantendo uma vida saudável. Entretanto, outras não conseguem ter uma vida plena, pois encaram a doença como um grande problema (TAVARES et al., 2011).

O DM2, além de trazer sintomas físicos, traz também as várias mudanças pelas quais o indivíduo vai passar, “mexendo” com suas emoções (MOTTA, 2009).

Motta (2009) ainda aponta a existência da presença contínua das expressões negativas ou restritivas como: *proibiu, cortou, não pode*, no descobrir e conviver com o diabetes. Isto é percebido nas falas dos sujeitos pesquisados:

*“Eu acho bem desagradável, né. A gente tem que ter muito cuidado, todo cuidado que a gente tem ainda é pouco!” (suj7)**

“Ruim demais, irreversível! Uma doença que você tem que conviver, e é tão complicada que você tem que ficar atenta a tudo que você come. Mas conviver com diabetes, Deus me livre!” (suj14)

Peres, Franco e Santos (2008) apresentam relatos que também colocaram em evidência alguns sentimentos e reações que os entrevistados experimentaram imediatamente após o diagnóstico de diabetes, tais como *raiva, revolta, tristeza, medo, choque e susto*. Estes sentimentos podem ser tão fortes, que pode muitas

* As falas foram reproduzidas literalmente. Desta forma, foi dispensada introdução da expressão sic et simpliciter (sic) considerando-se a mesma implícita em todas as falas.

vezes se associar a morte ou a doenças muitas vezes incuráveis. Verifica-se nas falas:

“É um susto, mas eu diabética? Não é possível! Não posso isso, não posso aquilo, mas... vou levando.” (suj4)

“É uma doença que todo ser humano tem que ter o máximo de cuidado porque... não vou comparar com um caso... mas é pior que um câncer. Porque quando ela manifesta as vezes nem tem recurso de contornar a doença.” (suj5)

“Ah, achei horrível porque tem que mudar a vida toda. A pessoa tem que fazer outra coisa da vida. Ai, resultado né, a pessoa se dedica mais a doença. Hoje eu me dedico mais a doença do que a saúde. Porque tudo é em função da diabetes. Não posso por causa disso, não posso por causa..., então assim, tudo gira em torno da diabetes.” (suj2)

Os pacientes que estão nesse estágio (raiva/ revolta) podem apresentar comportamentos de rebeldia e viver em constante questionamento sobre o fato desta doença acontecer com eles. Frequentemente, eles se queixam da vida, podem ficar muito exigentes, irritadiços e hostis. (PERES; FRANCO; SANTOS, 2008).

A frase abaixo exemplifica isso:

“Pra mim a diabetes, é um tormento! Eu tenho uma conhecida que fala: ‘Você não aceitou a diabetes!’ Tem que aceitar! Não sei se aceitei, ou não, mas eu convivo! É complicado! Pra mim, não tem nada fácil. É tudo complicado! Você fica com uma vida tão regrada, que você prefere não ser convidada pra uma festa.” (suj14)

Thaines e outros (2009), em seu estudo de caso, corrobora com a ideia da negação da condição de ser doente, como muitas vezes os diabéticos se definem. Desta forma, justificam em parte a sua concepção do cuidado como algo externo a ele, que vem de um profissional, geralmente o médico, ou de um procedimento diagnóstico ou terapêutico. É como se a doença, embora estando em seu corpo, não lhe pertencesse, o que dificulta ainda mais a incorporação do tratamento em suas vidas. E nesse processo de construção do seu entendimento sobre sua doença há dificuldades de se encontrar respostas adequadas para o tratamento e o controle de sua moléstia.

Acredita-se que estes sentimentos de raiva e de ódio podem levar o paciente a se afastar de tudo aquilo que o faz lembrar o diabetes e seu tratamento, esquecendo-se de tomar medicamento ou não se alimentando dentro da prescrição (PERES; FRANCO; SANTOS, 2008). A fala abaixo elucida tamanha revolta:

“A gente vai abrindo mão de uma coisa, abrindo mão de outra, no final acho que vai ter que abrir mão de viver.” (suj2)

Peres, Franco e Santos (2008), fundamentando-se em conceitos clássicos do adoecimento crônico, relacionaram o viver com o diabetes às seguintes fases: negação; raiva/ revolta; barganha; depressão e aceitação. Essas fases são dinâmicas, podendo se alternar e se conjugar.

A primeira fase, de negação, demonstra dificuldade de encarar a nova realidade surgida diante do diagnóstico inesperado da doença crônica. A segunda fase acontece quando não se pode mais fazer uso da negação e os sentimentos de raiva e de revolta emergem, podendo se disseminar na família, nos amigos, na equipe de saúde, os quais passam a cobrar mais do paciente. Na terceira fase, há a barganha com a negociação que o paciente tenta fazer com a sociedade, buscando conseguir vantagens de seu padecimento, como solução para o sofrimento do adoecer. Na quarta fase, a depressão surge do sentimento de perda da liberdade dos hábitos de vida, sendo acompanhada de imensa tristeza. Já quando o paciente começa a visualizar que, além de perdas, obteve ganhos com o processo de adoecimento, inicia-se a quinta fase, a de aceitação (PERES; FRANCO; SANTOS, 2008).

Alguns portadores do tipo 2 veem a doença como um fardo difícil de carregar. Este pessimismo dificulta o desempenho dos papéis de autocuidado, porém, há a necessidade de eles se integrarem com outras pessoas, como família, amigos, grupos educativos em saúde, e estes devem procurar estratégias de enfrentamento das condições de tolerância e adaptação de possíveis eventos negativos, sendo fundamental a construção de uma imagem positiva diante dos eventos, possibilitando um equilíbrio emocional, mantendo o bem-estar físico e mental (SANTOS FILHO; RODRIGUES; SANTOS, R. B., et al., 2008).

A fase de aceitação pelo diabético, que pode ser apoiada por outras pessoas, está associada à resiliência. Este termo constitui-se de processos psicossociais que são benéficos para o desenvolvimento humano, auxiliando o indivíduo no convívio com as adversidades e problemas enfrentados ao longo de sua vida (TAVARES et al, 2011).

Os fatores de proteção para o desenvolvimento da resiliência podem ser a autoestima, o apoio social e a aproximação interpessoal, pois estão aliados à

capacidade de enfrentar os fatores de risco e mudar positivamente o curso da vida da pessoa (TAVARES et al, 2011).

A transformação gradativa no comportamento do diabético gera maior conscientização e adaptação em relação à doença, podendo levar o paciente à maior responsabilidade pelo seu estado geral de saúde. Os sentimentos negativos em relação ao diagnóstico e o conviver com o diabetes podem se misturar a um sentimento de transformação positiva para a vida.

Alguns sujeitos trazem, em suas falas, a resiliência.

“Diabetes é uma amiga!!!” (suj5)

“Depois da diabetes, mudou muito, tenho mais disposição, porque vivia nervoso, brigava com os filhos. Fica fácil, quando você tem a responsabilidade, e encarar a doença que é muito séria e seguir o tratamento e obedecer rigorosamente as ordens do médico e da endocrinologista.” (suj5)

“Eu falei pra minha família o seguinte, a diabetes foi uma doença que infelizmente chegou. Eu tenho que conviver com ela. Mas por um lado, me cortou muita coisa que não sabia que fazia mal, são coisas que fazem mal pra todo mundo. Como comer em exagero, essas coisas assim.” (suj10)

O reconstruir a vida com novos planos pode ser uma maneira de viver de alguns pacientes. O adoecer pode passar a ser uma condição de vida benéfica, pois a doença crônica pode fazer o indivíduo refletir sobre sua vida e sobre sua condição de doente, coisa que alguém saudável raramente iria fazer (SANTOS, W. B.; NEVES, 2011).

Mas, por outro lado, os diabéticos também podem ser vistos como pessoas incapazes de assumir responsabilidades (SANTOS, W. B.; NEVES, 2011). Desta forma, as pessoas de sua convivência podem vir a cobrar mais dos diabéticos, contudo nem sempre isso os ajuda.

“É uma doença que não tem como sarar. Eu até aceito, mas o problema é a família da gente que não aceita, e a coisa até piora. Eles que não sabem aceitar as coisas”. (suj7)

Com base nos estudos de Canesqui (2007b), o doente crônico tende a se adaptar a esta enfermidade, pois se trata de uma doença permanente, que normalmente não tem cura. Isto contribui para a atenção que o indivíduo deve ter consigo mesmo, já que resulta em reflexos diferentes na própria vida. A cronicidade

acontece em doenças que podem ser controladas, não curadas. A doença crônica foca no indivíduo, um processo subjetivo da convivência com a patologia, pois, a mesma acompanha o paciente. A doença é individual a determinado sujeito, porém, ela se encontra num tempo-espço do social, fazendo com que sua relação com a sociedade mude principalmente na alimentação. A fala seguinte reforça estas referências científicas:

“É uma doença lenta, mas que você tem que ter um certo cuidado com ela. Mas se você tiver um tratamento com medicação, alimentação, fazer um exercício básico, leva aí bastante tempo”. (suj6)

5.3.2 Convivendo com o diabetes

O cotidiano do diabético tipo 2 é permeado de planejamentos de ações e escolhas para que o controle de sua doença seja de qualidade. Ele deve se programar em festas, encontros familiares, viagens, quanto ao que vai se alimentar, aos horários dos medicamentos e/ou da insulina, que deve usar e ainda quanto ao cuidado do corpo por meio do controle da prática da atividade física, dentre outras ações.

O indivíduo diabético tem sua rotina afetada desde as ações mais triviais ao desejo de continuar a viver e manter sua qualidade de vida. A pessoa acometida convive com embates cotidianos entre seus próprios impulsos básicos de comer o que não é ideal, de deixar de tomar os remédios, dentre outros. Todavia há a necessidade imperiosa de ter controle sobre seus desejos, resultando em dificuldades de aceitar seus limites (SANTOS et al., 2011).

Muitas vezes, a família pode controlar, excessivamente, o cotidiano do portador de DM2. Desta forma, ele tem a percepção de que este cuidado familiar se aproxima do tratamento coercitivo e punitivo, que o priva da satisfação plena dos prazeres relacionados à conduta alimentar e ao convívio social (SANTOS et al., 2011), como pode ser constatado pela fala de alguns entrevistados:

“Lá em casa meus filhos até brigam comigo e falam: mãe, no dia que a senhora for na consulta, eu vou com a senhora, eu vou contar que a senhora tá comendo doce”. (suj4)

“Você fica com uma vida tão regrada, que você prefere não ser convidada pra uma festa”. (suj14)

“O único aniversário que eu vou é dos meus bisnetos, tenho dois bisnetos, um com dois e outro com três. Aí tem aniversário deles, as meninas “me chama”. É pra “mim” ir e não comer nada, ou pra eu ficar olhando pra vocês? E elas ficaram rindo de mim e disseram: Não vó, eu vou fazer um bolo legal para você. Aí, elas compram refrigerante diet pra mim”. (suj3)

A organização familiar influencia fortemente o comportamento de saúde de seus membros e também o estado de saúde de cada indivíduo influencia a família. Desta forma, a família é uma instituição central que pode ajudar ou não a pessoa diabética a manejar a doença e a alcançar as metas do seu tratamento (ZANETTI et al., 2008).

A participação familiar no processo educativo contribui para o seguimento do tratamento, na medida em que serve de fonte de apoio emocional nos momentos em que o diabético se sente impotente diante dos desafios advindos da doença (ZANETTI et al., 2008). Porém, este cuidado não pode ferir a autonomia do paciente, e ao mesmo tempo, não pode deixar de ser colaborativo com as mudanças de hábito de vida que o paciente precisará ter.

A família e convíveres do paciente devem dar apoio para a mudança de comportamento, aumentando a autonomia do paciente e minimizando os problemas encontrados no processo de enfrentamento da doença (ZANETTI et al., 2008).

O cuidado oferecido pelos familiares ao diabético não pode comprometer a sua autoestima, mas ajudá-lo a diminuir sua dependência e organizar seu cotidiano considerando suas limitações. A família deve atuar como um pilar forte para o contínuo enfrentamento de uma doença que traz limites, mas, que contando com o apoio e o estar junto, pode ser possível o conviver mais saudável (FRANCIONE; SILVA, 2007), conforme observado na fala a seguir:

“No início eu tava evitando de ir a festas. Mas a família, ficava chamando. Mas agora eu vou e as pessoas pararam de ficar insistindo com comida. A minha irmã Roseli é muito legal, quando tinha um aniversário, ela fez um bolo diet separado pra mim.” (suj11)

No seu processo de desenvolvimento, o ser humano descobre suas capacidades, possibilitando a sua recriação como pessoa através da integração de novas experiências, reconhecendo sua autonomia e suas possibilidades de escolhas, mesmo que isto cause sofrimento. Nesta concepção, é preciso aceitar o

sofrimento como parte da vida, não como um fim em si mesmo (SILVA, D. G. V., et al., 2006).

As pessoas que incorporam o diabetes no seu processo de viver e não o veem como uma entidade à parte, que afete o seu modo de vida em uma perspectiva negativa, podem promover um desejo de lutar para a construção de um viver saudável. Nesta última situação, é necessário compreender que saúde e doença estão interligadas e são construções sociais (SILVA, D. G. V., et al., 2006).

Pelas falas abaixo, observa-se que por decisões pessoais, e/ou por ação da família e grupos sociais, estes sujeitos passaram a rever seu modo de vida.

“Mas minha vida é de uma pessoa normal. Faço meus programas, só alterou assim, se eu chegar lá e só tiver comida que eu não posso comer, eu fico lá um pouquinho e vou embora lá pra casa.” (suj2)

“A única coisa que eu não consigo ainda, é ...fazer ginástica, fazer caminhada todo dia.” (suj17)

“Eu fiquei com toda a responsabilidade da casa, porque fui pra cozinha, fazendo aquilo que há de melhor pra mim. Não, não mudou nada, até pelo contrário, domingo eu gostava de dormir durante a tarde, agora eu saio para caminhar. Antes eu jogava o futebol e gostava de dormir depois, agora eu saio.” (suj5)

O desejo de viver e o compromisso assumido em relação à própria vida são elementos essenciais no tratamento das doenças crônicas (PERES; FRANCO; SANTOS, 2008). Por não ter cura e considerar a necessidade de comprometimento com tratamentos medicamentoso e alimentar, além da atividade física, o DM requer da pessoa acometida uma renovada capacidade de enfrentamento todos os dias da vida. O embate de seguir rigidamente as prescrições ou, ao contrário, o desejo de interromper o tratamento, por curto período, está sempre presente no cotidiano da pessoa com DM, o que exige uma negociação diária com sua parte doente e um concomitante fortalecimento de sua parte saudável (SANTOS et al., 2011).

5.3.3 Práticas alimentares dos diabéticos

A dieta alimentar relaciona-se aos costumes, cultura, elementos pessoais dos indivíduos, principalmente daqueles que têm diabetes. Muitas vezes, estes

pacientes não estão de acordo com a exigência ou verdade promulgada pelo conhecimento científico sobre sua alimentação (BARSAGLINI; CANESQUI, 2010).

O termo *dieta* traz uma conotação de restrição, tão comum na sociedade. Esta palavra poderia ser substituída por plano alimentar, por alimentação saudável, ou adequada, por exemplo. Estes termos englobam hábitos para manutenção da saúde e prevenção de doenças (PONTIERE; BACHION, 2010; OLIVEIRA, A. P.; SIQUEIRA, 2008).

As mudanças de estilo de vida para a implementação de um plano alimentar, não são imediatas, principalmente quando o diagnóstico da doença é recente, pois ocorre todo um processo de relações internas e externas ao diabético para a adaptação a nova condição. Essas mudanças, para serem efetivas, devem ocorrer a partir de uma decisão ou escolha da própria pessoa, pautada em uma compreensão pessoal (STUHLER, 2012).

O alimento é uma parte essencial do modo como a sociedade se organiza e vê o mundo, pois a comida não é apenas uma fonte de nutrição, mas tem papéis que estão relacionados com os aspectos sociais, religiosos e econômicos (XAVIER; BITTAR; ATAÍDE, 2009).

A televisão, por exemplo, representa uma influência social forte nos hábitos alimentares dos brasileiros. Ela é companhia nos momentos de refeições e é a principal fonte de lazer da maior parte da população brasileira, atualmente. Considerando que as pessoas com baixa escolaridade são induzidas pela ideologia capitalista em seu poder de escolha e de decisão, e que a alimentação é fruto de hábitos e de costumes influenciados e reforçados por informações diversas, as quais subsidiam essa tomada de decisão, a influência da mídia se apresenta como uma temática importante a ser estudada (SANTOS, C. C. et al., 2012).

As práticas alimentares ocupam a posição central no aprendizado social, que se diferencia em cada grupo. Nessa direção, as práticas alimentares devem ser compreendidas desde a amamentação, introdução de alimentos complementares e até a adoção da alimentação familiar (SANTOS, A. F. L.; ARAÚJO, 2011).

A modificação da dieta e a proposta de formação de novos hábitos alimentares devem respeitar as preferências dos indivíduos diabéticos, levando em consideração seu ambiente familiar e seu meio social. A família e os amigos destes adoecidos precisam estar cientes das necessidades e das preferências dos mesmos. Algumas vezes, os primeiros abrem mão de suas práticas não saudáveis

em função de uma alimentação mais adequada aos últimos (PONTIERE; BACHION, 2010).

As crenças e as práticas relacionadas à dieta são notoriamente difíceis de serem mudadas, pois o tema da alimentação é capaz de gerar questionamentos que levam a refletir sobre questões fundamentais da antropologia, tais como, a relação da cultura com a natureza, o simbólico e o biológico. Alimentar-se é vital e ao se alimentar, o homem cria práticas e atribui significados àquilo que come e isto vai além da utilização da comida pelo organismo (XAVIER; BITTAR; ATAÍDE, 2009).

Portanto, a flexibilidade nas práticas dietéticas pode ser influenciada por fatores materiais do cenário social imediato (interações interpessoais, circunstâncias diárias) e também cenário mais amplo (contexto político, econômico) expresso pela oferta, acesso e distribuição dos alimentos (BARSAGLINI; CANESQUI, 2010).

Há também fatores simbólicos que influenciam as práticas alimentares. Estas vêm:

[...] das ideias sobre os alimentos, das crenças nas suas propriedades e seus efeitos, envolvendo valores sociais, noções de moralidade, comportamentos apropriados entre os distintos grupos de idades e gêneros, permeadas ainda pela identidade social, relações com o corpo e o gosto. (CANESQUI, 2005, p. 169).

A alimentação saudável, como recomenda a OMS (Organização Mundial de Saúde, 2003), pressupõe um aumento do consumo de vegetais, cereais integrais e oleaginosas, pois estes alimentos podem substituir outros de alto valor energético e baixo valor nutricional, como grãos processados e açúcar refinado, os quais são básicos na preparação de alimentos industrializados e de *fast food*. Os primeiros alimentos podem introduzir nutrientes com efeitos significativos na saúde dos indivíduos, especificamente na prevenção de doenças crônicas como obesidade, doenças cardiovasculares, diabetes tipo 2 (COTTA et al., 2009; MOLENA-FERNANDES et al., 2005).

Segundo alguns entrevistados, os principais alimentos evitados eram os gordurosos, como frituras e carnes vermelhas, os ricos em carboidratos simples, como doces, além de outros relacionados a lanches pouco saudáveis. Segundo o MS (BRASIL, 2006a), a ingestão de alimentos ricos em gordura saturada e colesterol, como carne de porco, embutidos, miúdos, vísceras, pele de frango, dobradinha, gema de ovo, mocotó, carne vermelha com gordura aparente, leite e

iogurte integrais, manteiga, creme de leite, chocolate, deve ser evitada. Recomenda-se evitar frituras e, para diabéticos, sobretudo, evitar o consumo excessivo de carboidratos simples, como açúcar, mel, garapa, rapadura e doces em geral. No entanto, hoje, sabe-se que o consumo dos alimentos ricos em carboidratos complexos, tais como farináceos integrais como aveia, cevada, centeio, dentre outros grãos, é estimulada (COTTA et al., 2009; MOLENA-FERNANDES et al., 2005).

Parece haver uma imensa distância entre a dieta prescrita e aquela que é possível realizar (PERES; FRANCO; SANTOS, 2006). Como a alimentação vai além da ingestão de nutrientes, a dificuldade em seguir a dieta recomendada esteve muito presente nas pessoas entrevistadas. Vários depoimentos mostraram incapacidade de realizar a dieta devido a não aceitação do seu caráter restritivo:

“É super difícil, porque como diz um conhecido meu, se você... se o médico passar pra você 20 gramas de arroz, você não come 21 não, porque se você comer 21 o negócio vai lá em cima.” (suj14)

“O médico diz: “você não pode comer isso, isso...então a gente pode comer o que? A gente fica... dá revolta. Você querer comer e não poder, então ele tirou tudo, o que que eu vou poder comer? Comer folha só?” (suj3)

“Você não pode comer nada, porque tudo vai atrapalhar.” (suj3)

“É cuidar da boca, o que desce da boca é que te mata.” (suj5)

Os indivíduos demonstram *revolta* com esta dieta *do não pode*, pois recebem orientações voltadas, na maioria das vezes, às proibições. O profissional de saúde deveria também trabalhar mais os aspectos de prevenção de complicações do diabetes, dos valores nutricionais e das possibilidades de substituições dos alimentos. Várias entrevistadas relataram alguns sentimentos negativos que vivenciaram em relação à alimentação, por não poderem comer o que gostam (PERES; FRANCO; SANTOS, 2006).

“É ruim, né, que a gente não pode comer tudo o que quer! Eu sou “meia” rebelde.” (suj15)

“Mas arroz eu adoro de qualquer jeito. Então eu tenho uma dificuldade enorme de mudar!” (suj14)

“Eu gosto de bolo de festa. Igual domingo foi aniversário de minha netinha, aí eu comi um pedacinho de bolo, e comi também uns “rocambolé” de chocolate com coco. Aí eu nunca tinha visto. Aí que eu provei. Nossa... aí eu vi que meus exames tavam tudo alto.” (suj17)

É interessante que se substitua o imperativo da proibição na dieta por entendimentos e práticas de ajustamento dos padrões de comer para prover as exigências, os gostos e a vida social do portador do DM. Verbos como *limitar* poderiam ser usados nos atendimentos dos indivíduos diabéticos por profissionais de saúde, pois os primeiros poderiam gerenciar melhor sua alimentação na condição do diabetes, atenuando o caráter punitivo das transgressões, agindo com mais flexibilidade (BARSAGLINI; CANESQUI, 2010):

“Acho que abre mão do principal da vida que é a alimentação. Você não pode mais comer o que quer, só o que pode. Então fica muito restrito porque esse tal de “pode comer tudo” não funciona muito bem. Você come tudo e tudo sobe, então...você começa a limitar.” (suj2)

Essa distância entre as recomendações dos profissionais de saúde e as representações e experiências no gerenciamento da alimentação do diabético é apresentada em suas falas. Estas focam na restrição da dieta prescrita, que se contrapõe à comida abundante de casa, que normalmente proporciona a sensação de saciedade (BARSAGLINI; CANESQUI, 2010).

Muitos diabéticos interpretam a quantidade de alimento indicada como insuficiente às suas necessidades orgânicas, desta forma, apresentam dificuldades de atender às exigências de reestruturação do padrão alimentar. A percepção das mesmas é a de que são impossíveis de serem seguidas (PONTIERE; BACHION, 2010).

Alguns entrevistados parecem associar o fato de seguir uma disciplina alimentar rigorosa com a hipoglicemia, conforme aponta também o estudo de Peres, Franco e Santos (2006). Eles atribuem representações como *enxugar a alimentação* para realizarem a prescrição dietética e a associam com a hipoglicemia:

“Diferente do que come e do que pode, sobe demais. Mas igual sobe demais, se eu fizer dieta enxuta demais, cai demais, eu tenho hipoglicemia! Eu tenho direto. Pra mim, é difícil.” (suj14)

“Tem que ser dentro da dieta, porque senão... e não era assim, e tá ficando horrroso, e se enxuga a dieta, eu tenho hipo.” (suj14)

“Ahhhhh, o difícil... eu não sei o que acontece, de vez em quando dá hipo. Abaixa, sabe. Eu até carrego bala no bolso.” (suj7)

“Porque se eu não comer, aí vem a fraqueza, a tremedeira. Eu não fico sem comer, eu carrego comida na bolsa, ou então, se eu vou ficar na rua, eu passo na padaria e vejo o que eu posso comer. Mas eu gosto mais de fruta.”
(suj4)

Barsaglini e Canesqui (2010) apontam que os entrevistados diabéticos reportam-se ao regime dietético recomendado, que substitui alguns alimentos e que restringe quantidades de outros nas refeições, como *insuficiente* ou *inadequado*, podendo provocar debilidades física e moral. Estes regimes estão veiculados nas representações da *magreza* e *fraqueza*, em oposição à corpulência e à força, que coincidem com a concepção de saúde ligada à importância da alimentação no provimento da disposição para o cumprimento dos compromissos sociais e morais, de trabalhar e cuidar da família (CANESQUI, 2005).

O objetivo do tratamento do diabetes é seu controle, a fim de prevenir complicações, e, sobretudo, a mortalidade. Quando se consegue controlar a doença, observa-se uma melhor qualidade de vida e autonomia pelo paciente (STUHLER, 2012). A fala do entrevistado número 10 demonstra aceitação da doença e um entendimento de que a adesão ao tratamento dietético, por meio das mudanças de estilo de vida, poderia contribuir para mais saúde:

“Eu falei pra minha família o seguinte, a diabetes foi uma doença que infelizmente chegou. Eu tenho que conviver com ela. Mas por um lado, me cortou muita coisa que não sabia que fazia mal, são coisas que fazem mal pra todo mundo, como comer em exagero, essas coisas assim.” (suj10)

Alguns diabéticos demonstram adesão ao tratamento dietoterápico, preocupando-se com seus sintomas e outras doenças correlacionadas. Há aqueles que ressignificam a orientação alimentar apresentando suas próprias adaptações à prescrição.

“O mais difícil de tudo é tua área querida (referindo-se à pessoa da pesquisadora, por ser nutricionista), é a dieta. Porque a dieta...ela impõe limites a você. Os fins de semana são as minhas chamadas exceções, na dieta.” (suj1)

A forma pela qual os sujeitos entendem a realidade de sua doença vai determinar a sua maneira de se conduzir na vida. Portanto, o real significado dos seus riscos e controle de suas atitudes poderão fazer os pacientes aderir aos tratamentos. Considera-se, de extrema importância, que eles sejam mais bem

informados sobre a doença constantemente nos atendimentos dos profissionais de saúde e, assim, tornem-se capacitados para lidar com ela mais ativamente (XAVIER; BITTAR; ATAÍDE, 2009).

Os adoecidos não são passivos diante das múltiplas influências disponíveis na sociedade contemporânea para lidar com a alimentação no cuidado com o diabetes. Eles interpretam e reinterpretem as recomendações nutricionais. Há maneiras individuais e coletivas que interferem no gerenciamento da enfermidade. Nelas se coadunam elementos culturais e sociais, estruturais e subjetivos, materiais e simbólicos, todos os quais imprimem sentido à prática alimentar dos distintos indivíduos e grupos sociais (BARSAGLINI; CANESQUI, 2010).

Os estudos socioantropológicos contribuem para a compreensão dos elementos presentes nas microdecisões do cuidado com a doença, que incluem as dietas alimentares. Há diferença entre o paciente ideal, que deveria ser cooperativo, obediente, passivo e seguidor, e o sujeito reflexivo, que reinterpreta as prescrições alimentares e age com coerência com suas experiências e conhecimentos prévios e vivenciados sobre o diabetes. São necessárias contínuas negociações dos adoecidos com os profissionais de saúde, com a família e com a sociedade, sendo um desafio constante para o autocontrole das restrições de vida impostas pela condição crônica do diabetes (BARSAGLINI; CANESQUI, 2010).

Nesse sentido, a dieta pode ser seguida na medida em que não comprometa relações sociais. Em eventos sociais, como nas datas especiais, com festividades culturais, religiosas e familiares, em geral os indivíduos têm certa liberdade de *sair da dieta*. Estas comemorações são marcadas pela refeição compartilhada e diferenciada da alimentação cotidiana e se constituem em ocasiões em que a comida, além de saciar a fome, alimenta simbolicamente as obrigações familiares (CANESQUI, 2005). Nessas situações, os adoecidos não se privam dos momentos de sociabilidade e das regras de etiqueta que perpassam a alimentação. Desta forma, nestes dias específicos, suspendem a dieta recomendada para o controle da enfermidade (BARSAGLINI; CANESQUI, 2010):

“Normalmente na segunda-feira eu tou mais fora do meu limiar normal, porque ... mas eu me dou bem com a dieta, não sou aquele camarada que faço dieta pra emagrecer não.” (suj1)

“Mas tem dia que a gente sai fora, quando viaja.” (suj11)

Os diabéticos, nas festas, ao negarem estes alimentos mais calóricos e açucarados, que não estão prescritos nas dietas, passam a ideia de serem *chatos*. Pois, a negação pode impedi-los de compartilhar da comensalidade, fazendo-os quebrar as regras de etiqueta, manifestarem desfeita ao não aceitar o que lhes oferecem. Desta maneira, os diabéticos podem sentir-se fora do grupo e discriminados (BARSAGLINI; CANESQUI, 2010). Este fato pode ser melhor compreendido a partir da fala do sujeito 2:

“Não é porque eu sou santinha não, mas é que eu não posso, aí volta eu pra casa, pra comer minha salada.” (suj2)

No intuito de corrigir os erros cometidos por estas *licenças alimentares* nos eventos sociais, alguns diabéticos buscam compensações com estratégias postas em prática nos dias que antecedem ou que seguem essas transgressões, tais como verificar a glicemia capilar na segunda-feira, ou seguir a dieta rigidamente durante a semana, retirar certos alimentos e tomar chás caseiros (BARSAGLINI; CANESQUI, 2010).

Relacionando-se ainda com os aspectos sociais da alimentação, alguns autores discutem que as supressões alimentares são uma *faca de dois gumes*, porque prometem proteger contra os danos futuros da doença, mas também provocam uma vida de limitações, além de possíveis julgamentos negativos, por outras pessoas, quer sejam doentes ou não (CANESQUI, 2005). Dessa forma, as proibições de comidas valorizadas nas festas, principalmente os doces, podem ser compreendidas como perdas sociais (BROOM; WHITTAKER, 2004).

O diabético ao optar pelos benefícios sociais do manejo da alimentação, ainda que contrarie as regras da alimentação considerada adequada e muitas vezes padronizada pelos profissionais de saúde, pode aumentar a adesão às mudanças da alimentação e também incentivar a busca pela manutenção da qualidade de vida.

“De vez em quando, eu dou uma beliscada no doce... mas não é exagerado.” (suj3)

“Doce, eu fico com muita vontade. Ainda ontem a vizinha fez doce de leite e me deu, eu só peguei uma colher de sopa e não comi mais.” (suj11)

O consumo de doces, muito associado à alteração de glicemia e a causa do diabetes, como apontam alguns diabéticos, era presente antes do diagnóstico, o que é apontado na fala abaixo:

“Eu comia muito brigadeiro, acho que fiquei diabetes por causa disso.”
(suj17)

Após a descoberta da enfermidade, alguns entrevistados apontam ter uma vontade incontrolável de comer alimentos açucarados. Esta vontade, como afirmam Barsaglini e Canesqui (2010) em seu trabalho, se comporta como entidade externa, detentora de própria vontade, que precisa ser alimentada com o açúcar.

O estudo de Peres, Franco e Santos (2006) mostrou que ver ou ter um doce em casa, e ter que realizar a dieta, é muito conflitivo. A fala do entrevistado 16 corrobora com isso:

“A ansiedade é difícil. A ansiedade deixa a gente muito... eu sou muito ansiosa pra doce, eu vejo doce...sou igual criança, eu vou comprar aquilo e vou comer...e seja o que Deus quiser! É igual a uma criança que tá vendo sorvete e a mãe não pode comprar, e você fica babando, né, nas coisas boas!” (suj16)

Recusar um doce feito com açúcar na casa de um parente ou amigo, e também negar bebidas já adoçadas em festas, ter horário para comer, tomar insulina, enfim, as práticas de cuidado pessoal que o diabético deveria adotar desafiam as temporalidades e espacialidades das reuniões com as outras pessoas. É incômodo para o adoecido fazer estas mudanças nestes meios, as quais podem interferir na dinâmica do local. Desta maneira, o adoecido não se sente um verdadeiro comensal, partilhando igualmente com seus convíveres (LOPES, 2011).

Os diabéticos sentem que a família e amigos também poderiam alterar seus hábitos alimentares, sendo solidários com os adoecidos, e tornando-se todos mais saudáveis, o que as vezes não ocorre, como aponta a fala do sujeito 17:

“Mas agora eu vou ter que controlar, meu marido falou que eu vou ter que fazer alguma coisa separado porque ele gosta muito de massa, essas coisas.” (suj17)

Os hábitos alimentares das pessoas são construídos ao longo da vida e são influenciados pelo convívio social e familiar. A necessidade de reestruturação destes

hábitos alimentares dos diabéticos torna-se uma atitude ainda mais complexa, pois para que se tenha uma mudança efetiva por parte das pessoas adoecidas, é preciso que o meio social colabore com novas atitudes frente à alimentação (PONTIERE; BACHION, 2010).

As questões financeiras costumam ser mencionadas como fatores dificultadores do seguimento da dieta. Estudos indicam que boa condição financeira, ao contrário, pode ser visto como um fator de facilidade e um estímulo positivo para se seguir a dieta recomendada (SANTOS, A. F. L.; ARAÚJO, 2011; PERES; FRANCO; SANTOS, 2006).

“Diabetes é uma doença cara, porque tudo do diabetes é caro e o orçamento é curto, né. Gasta muito mais pra ter uma alimentação condizente com a doença. Você ganha o medicamento, mas não ganha alimentação, você não ganha fita que é caro, que tem que controlar. Aí dificulta.” (suj2)

“Tem vezes que compro as coisas diet, é sempre mais caro. Às vezes eu faço em casa. Eu gosto muito é de chocolate também. Mas é muito difícil comer. No princípio, eu tava comprando muito chocolate do diet, mas eu comia muito. Agora eu já controlo mais.” (suj17)

No estudo de Sousa (2006) sobre o uso de adoçantes e produtos dietéticos, em Ribeiro Preto-SP, o autor aponta que 84,4% dos diabéticos vêm estes alimentos como necessários e fazem o uso destes, diariamente. Além disso, a maioria dos estudados elabora com estes produtos, receitas de doces e bolos. Há o apontamento, ainda, de que quanto maior o nível educacional e financeiro do diabético, mais ele utiliza estes produtos. P. B. Oliveira e Franco (2011) apresentam dados semelhantes, e acrescentam que os doentes que às vezes usam estes produtos, tiveram poucas orientações adequadas sobre o seu uso. Os autores acreditam que estas deveriam ser repassadas nos serviços de saúde pelos diversos profissionais.

Alguns entrevistados nesta pesquisa em tela apresentaram dificuldades financeiras para usarem os produtos dietéticos no seu dia-a-dia. O sujeito 2 mencionou a necessidade do Governo também colaborar com os cuidados com o diabetes, na questão alimentar. Tal situação pode ser relacionada à importância das políticas públicas se voltarem para o cuidado dietético no tratamento dos diabéticos. Em 3 de dezembro de 2013, indo ao encontro de tal reivindicação, na Assembleia Legislativa do Mato Grosso do Sul foi apresentado um projeto de lei que autoriza a

concessão de isenção de ICMS (Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços) a produtos alimentícios para diabéticos, com o intuito de permitir ao adoecido melhores possibilidades de tratamento naquele estado (MATO GROSSO DO SUL, 2013). Há exemplos de outros estados no país em que também projetos de lei semelhantes foram propostos, tais como Minas Gerais, Mato Grosso, dentre outros (MATO GROSSO, 2010; MINAS GERAIS, 2010).

Contudo, muitas vezes, entre a apresentação da proposta legislativa e a sanção presidencial, no âmbito da saúde, há um longo, lento e tortuoso caminho. O conhecimento dos direitos dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) é essencial para a formação da consciência democrática e reflexiva (SANTOS, E. C. B. et al., 2011) e, conseqüentemente, por permitir que dados como os aqui apontados possam vir a subsidiar uma política pública.

O poder aquisitivo deve ser levado em consideração ao se prescrever um plano alimentar. Além disso, há a necessidade do diálogo na educação nutricional, principalmente pelo profissional de nutrição, para valorizar a compreensão do paciente em suas questões culturais (SANTOS, A. F. L.; ARAÚJO, 2011).

O profissional de saúde deve estar atento para verificar o grau de compreensão que o paciente teve das recomendações feitas. Ele deve ser capaz de detectar possíveis distorções do que foi recomendado. Deve existir um espaço para que o paciente coloque suas dúvidas, caso contrário, poderá ocorrer a dificuldade de adesão por interpretação errada das informações (PONTIERE; BACHION, 2010).

Na vigência de uma condição de alteração crônica de saúde, são esperados períodos de flutuação na adesão, e o profissional de saúde deve mostrar-se sensível para compreender os limites do outro, entendendo que para o diabético o tratamento representa, em certa medida, o cerceamento de sua liberdade (PONTIERE; BACHION, 2010).

Mesmo considerando os diversos aspectos, sociais, culturais e financeiros relacionados à alimentação, alguns sujeitos se demonstraram aderentes às mudanças alimentares:

“Um amigo fala: vamos tomar uma cervejinha? Vamos tomar uma pinguinha? um tira-gosto? uma carninha? Não, hoje eu não quero nada. Já almocei, tou satisfeito.” (suj5)

“Não, não tem nada de sobremesa, não. Eles têm lá em casa, mas eu não como. Não faz falta, não como por causa do açúcar. Eu mantenho assim, meu modo de pensar. Vai fazer mal, não uso, não como! Não uso.” (suj5)

“E comida, por exemplo, se eu como arroz eu não como macarrão. Entendeu? Se eu como uma mandioca, eu não como arroz. Então eu vou mudando o tipo de alimentação.” (suj16)

“Angu...eu fazia todo dia, e diabético não deve misturar isso. Eu misturava tudo né, eu colocava arroz, batata. ...que hoje o diabetes, não pode, ou uma coisa, ou outra. Eu fazia aquela mistura toda. Isso eu mudei. Antes eu comia. Fazia mais no fim de semana, meu filho sempre vai lá, sempre tem sobremesa, e sempre faz doce, tudo... Eu não como, deixo mais pra ele.” (suj17)

Às vezes, mesmo sem a solidariedade dos convíveres de evitar os alimentos mais calóricos e doces em casa, ou nas festas, em que os adoecidos estão, eles seguem as dietas prescritas. Na busca de melhor qualidade de vida, acredita-se que estes diabéticos se empenhem em cumprir as orientações alimentares nas mais diversas situações.

O objetivo do tratamento do diabetes e seu controle, de modo a prevenir complicações e a mortalidade. Quando se consegue controlar a doença, observa-se uma melhor qualidade de vida. Estudos constataram que pessoas com DM que já apresentam sequelas crônicas desta doença são mais aderentes às orientações alimentares, se comparadas as que não têm complicações (SILVA; PAIS-RIBEIRO; CARDOSO, 2006; STUHLER, 2012).

O estudo de Stuhler (2012) indica, ainda, que a adesão ao tratamento, para os sujeitos da pesquisa, mesmo que reconheçam a importância da dieta e da atividade física, é centrada no uso de medicamentos. Porém, essa tendência comportamental é um problema para o controle do DM, pois a adesão não pode ser pensada somente em um aspecto. Essa deve acontecer de forma semelhante às outras terapêuticas, pois o tratamento do diabético deve ser multidimensional.

5.3.4 O uso dos fármacos pelos diabéticos

Conscientes das necessidades de mudanças das práticas alimentares, alguns sujeitos demonstram, em suas falas, que estas trocas já vêm sendo adotadas. Outros sujeitos apontam em suas falas a necessidade de se realizar o tratamento

farmacológico também, sendo que este deve ser *auxiliar* dos novos hábitos alimentares:

“A alimentação também é importante, não adianta tomar toda medicação que existe e não fazer a alimentação que deve, uma coisa auxilia a outra. Porque uma coisa sem a outra não funciona.” (suj2)

“Mas eu acho mais fácil (a alimentação), porque não só é bom pra saúde, você vai sentir melhora e sabendo o que você tá comendo... passa o remédio a ser um auxiliar. É assim, eu acho que deve proceder. E a boca... você tem que ter sempre um equilíbrio.” (suj5)

“São necessários (alimentação e medicamentos), porque se eu não tomasse remédio e não fosse ao médico provavelmente eu já teria entrado em coma.” (suj2)

“Tão complicado(referindo-se a alimentação) mas eu acho mais fácil, porque não só é bom pra saúde, você vai sentir melhora e sabendo o que você tá comendo e passa o remédio a ser um auxiliar. É assim, que eu acho que deve proceder.” (suj5)

Muitos diabéticos apresentam o entendimento de que as terapias dietética e medicamentosa precisam acontecer juntas no cuidado de sua doença. Stuhler (2012), em sua pesquisa, indica que diabéticos, ao serem questionados sobre o que uma pessoa aderente ao tratamento deve fazer, responderam com percentuais acima de 85% em todos os aspectos do estudo que há a necessidade de usar corretamente a medicação, diminuir a ingestão de açúcar, realizar atividade física pelo menos três vezes na semana.

Porém, este mesmo autor coloca que os adoecidos, sujeitos de sua pesquisa, ainda que reconheçam a importância da dieta e da atividade física, têm seu cuidado centrado no uso de medicamentos (STUHLER, 2012). Não houve, entre os entrevistados, falas que indicassem que um tratamento, medicamentoso ou dietético, fosse dispensável em relação a outro.

A tríade medicamento, dieta e prática de exercícios físicos adquire significados diferentes para profissionais de saúde e adoecidos. Se para os primeiros há uma preocupação técnica com o controle do nível de glicose dentro de padrões de referência e o seguimento das prescrições dietéticas, para os últimos, as questões alimentares relacionam-se a aspectos culturais e sociais, os quais podem promover ajustes nos padrões das prescrições para que o portador do DM possa implementá-las na vida real, sem se sentir culpado ou excluído (BARSAGLINI; CANESQUI, 2010).

A relação entre os profissionais de saúde e pacientes precisa ser dialógica, permitindo que os últimos se sintam compreendidos em suas dúvidas e temores. Por serem clientes crônicos, é imprescindível que os diabéticos tenham respostas corretas para as próprias dúvidas acerca do manejo clínico da sua enfermidade. Isto, além de conquistar a credibilidade nesses profissionais, determinará um grau muito baixo de incerteza terapêutica, pois, na má qualidade da informação ou na sua ausência, o diabético fica sem parâmetros para seu autocuidado (ARAÚJO et al., 2010).

Nesse sentido, um estudo português sugere que quanto maior é o nível de incerteza em relação ao cuidado com a doença, menos os diabéticos se sentem motivados para adotar um estilo de vida saudável, fazendo o tratamento medicamentoso e alimentar, além de praticar exercício físico (APÓSTOLO et al., 2007).

Os diabéticos necessitam de ter respostas corretas para as próprias dúvidas acerca do manejo clínico da sua enfermidade, já que são pacientes crônicos acompanhados, continuamente, por profissionais de saúde. Isto leva a adesão ao tratamento, além de conquistar a credibilidade nesses profissionais. Quanto maior é o nível de incerteza em relação à doença, em face do diagnóstico e tratamento, menos os diabéticos se sentem motivados para adotar um estilo de vida saudável, respeitando o tratamento medicamentoso, o controle glicêmico e a prática de exercícios físicos (ARAÚJO et al., 2010).

Alguns pacientes demonstram ter dificuldades no manejo de seu tratamento e alegam falta de boa relação com os profissionais de saúde que os atenderam:

“A queixa que eu tenho, quando eu fiquei diabetes, se tivessem me orientado melhor com a alimentação e o exercício, talvez eu não tivesse tomando hoje a quantidade de insulina que eu tomo.” (suj15)

“Tem hora que eu embolo (os remédios), deixo a receita pendurada no armário e minha menina me ajuda.” (suj3)

As dificuldades de entendimento do uso dos medicamentos e de seus benefícios podem contribuir para uma baixa adesão ao tratamento. Para Gimenes, Zanetti e Haas (2009), em seu estudo, quando há a percepção do paciente sobre os benefícios esperados com o tratamento é maior a adesão à terapia medicamentosa.

Acrescenta-se também, à questão educacional, que a prevalência da adesão é maior em pacientes com mais anos de estudo. A baixa escolaridade pode prejudicar a aprendizagem, pois, à medida que cresce a complexidade dos medicamentos em quantidades aumentadas e horários diferenciados, o paciente necessitará de habilidades cognitivas maiores para compreender o seu tratamento e manter seu controle glicêmico (GIMENES; ZANETTI; HAAS, 2009).

Questões financeiras são apresentadas pelos pacientes como sendo fatores complicadores da adesão ao tratamento medicamentoso do diabetes. Muitas vezes, estes pacientes, de renda salarial baixa, principalmente os assalariados ou aposentados, utilizam diversos artifícios para sanar a dificuldade em obter os medicamentos. Frequentemente precisam recorrer a familiares, aos vizinhos, aos amigos, para adquirir os medicamentos, insulinas, fitas e aparelho. Nem todos estes itens são dispensados pelo Governo, e, às vezes, estes ainda podem estar em falta (PAULA et al., 2011):

“Às vezes, eu ganho aqui, às vezes minha menina compra.” (suj3)

“No aspecto financeiro por causa da doença, agora que tá com dificuldade, corro atrás das amostras grátis, tenho ganho. Antigamente não era problema nenhum o aspecto financeiro. Mas agora que é, eu tenho conseguido driblar isso, com facilidade.” (suj1)

Gimenes, Zanetti e Haas (2009) ainda expõem em sua investigação que sujeitos com renda familiar menor que cinco salários mínimos apresentaram escores de adesão mais baixos quando comparados àqueles com renda superior.

Há um interesse governamental em aprimorar o acesso aos medicamentos e nesse aspecto a Política Nacional de Medicamentos vem se organizando por meio de leis, portarias, decretos, diretrizes e programas. Visando ampliar os medicamentos para toda a população, usuária ou não do SUS, o Governo criou a lei dos medicamentos genéricos e o programa farmácia popular, que são alternativas para reduzir o preço exagerado dos medicamentos. Uma economia financeira para os doentes crônicos surgiu com a Política Nacional de Medicamentos Genéricos. Estas drogas têm preço até 40% menor que os de marca, e têm qualidade assegurada por testes laboratoriais e pelas exigências das agências reguladoras, tornando-se uma opção viável para promover o acesso da população brasileira aos medicamentos (PAULA et al., 2011).

Vale ressaltar a Lei 11.347, de 27 de setembro de 2006 (BRASIL, 2006b) que dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos, de insulinas, de materiais necessários a sua aplicação e equipamentos de monitoração da glicemia capilar, para pacientes inscritos em programas de educação em diabetes. Além disso, há o *Saúde não tem preço*, programa que disponibiliza medicamentos gratuitos, indicados para tratamento de hipertensão e diabetes nas farmácias e drogarias credenciadas, para o acesso mais universal aos medicamentos para estes pacientes crônicos (BARRETO, 2012).

Estes programas devem corroborar com a OMS (2002, p. 1) que define o uso racional de medicamentos como sendo a situação em que "o paciente recebe o medicamento apropriado a sua necessidade clínica, na dose e posologia corretas, por um período de tempo adequado e ao menor custo para si e para a comunidade" (VINHOLES; ALANO; GALATO, 2009, p. 295).

Em diversas falas, percebe-se a importância destas políticas de medicamentos para a manutenção do tratamento do diabetes:

"Uso de medicamentos... eu tou surpresa porque...com esse negócio do governo, ele por exemplo...eu tomo glifage, eu ganho! 4 a 5 caixas, o governo dá! Não atrapalha na questão financeira." (suj16)

"Porque a gente ganha o remédio, é a salvação da gente, porque se tivesse que comprar... a gente sempre deixa pra lá." (suj4)

"Tanto a metiformina como a insulina, eu ganho. Eu usava o azucan, mas foi suspenso. Mas tudo o que eu ganho, eu gasto, mas até agora tá dando pra conciliar." (suj6)

Houve manifestação por parte de um entrevistado de que estes medicamentos genéricos, poderiam não fazer o efeito esperado.

"Porque o que o governo dá eu não sei o que a gente tá tomando. Se é positiva ou não, porque troço que é de graça, eu não sei. Se for positiva é bom o negócio." (suj11)

No estudo de Vinholes, Alano e Galato (2009), foi possível observar que a população estudada também possuía dúvidas a respeito de medicamentos genéricos, sobre sua embalagem, qualidade do produto e seu custo.

A orientação do médico quanto ao uso do medicamento genérico revela-se de extrema importância, na medida em que alguns pacientes demonstram desconfiança e preconceito em relação ao genérico (PAULA et al., 2011).

Alguns adoecidos argumentam que o tratamento medicamentoso do diabetes pode ser difícil pelo controle dos horários, que se deve, rigorosamente, seguir. Na pesquisa de Siqueira (2010), de metodologia qualitativa, alguns entrevistados colocaram a opinião de que usar medicamento junto com outros tratamentos, não é difícil, pois se acostumam, mas ser rígido com a hora certa, é bastante complicado:

“Controlo os horários, em cima não, mas eu tento.” (suj4)

“Acho que difícil, é você manter os horários.” (suj6)

Há alguns adoecidos que *promovem* algumas modificações em suas prescrições para se adaptar aos seus hábitos de vida e outros apresentam dificuldades de incluir esse tratamento às diferentes atividades de vida.

“80% eu sigo, porque tem dia... por exemplo, eu vou pescar, aí esqueço de tomar o medicamento.” (suj6)

“Injeta só de manhã e não injeto a noite. No outro dia de manhã, antes de injetar eu vou medir a glicemia, tá 110 por aí, tá normal. Torno injetar novamente, e levo aquele dia, daquele jeito. Mas quando eu voltei pra casa, eu continuei deste jeito, a glicose subiu.” (suj9)

R. W. J. F. Freitas e outros (2011), em seu estudo, indicam que terapêuticas de longa duração têm, em geral, menor adesão pelos pacientes. Essas exigem grande empenho do paciente que, em algumas circunstâncias, necessita modificar seus hábitos de vida para cumprir seu tratamento e há algumas barreiras socioculturais e institucionais que podem dificultar estas mudanças, tais como emprego, relações entre os familiares e os amigos, dentre outras.

Entretanto, há adoecidos que entendem o medicamento/insulina como algo necessário para o efetivo cuidado com o diabetes e que não há como deixar de executar sua prescrição:

“Não, não esqueço, não! É um compromisso que eu tenho com a saúde. Não posso esquecer, eu levo muito a sério. Como eu tenho que almoçar e jantar, assim é os remédios.” (suj5)

“O fácil é você...no caso eu uso insulina, certo? Pra mim foi até fácil aceitar a insulina, pois eu usava uma carga muito alta de medicação, remédios e fui eu quem pedi ao médico pra usar insulina. É mais fácil de controlar medicamento eu acho que... finalmente com a insulina, eu acertei. Eu consigo controlar bem a glicemia.” (suj1)

Lefèvre (1991), em sua obra sobre os sentidos dos medicamentos atribuídos por hipertensos, apontou a importância do fármaco como um agente que alivia, cura e controla doenças e, além disso, simboliza a saúde, definida de forma tecnicista, a qual está dentro dos comprimidos. Reforça este mesmo autor: “o medicamento é a fórmula (química) materializada do Estado de Bem-Estar, ou seja, da Saúde. Mais precisamente, o medicamento é a fórmula (química) do Estado de Não-Mal-Estar ou de Não-Agravo [...] enquanto símbolo, o medicamento concentra saúde” (LEFÈVRE, 1991, p. 105).

O medicamento é visto pelos diabéticos como algo concreto, que encerra o poder de restabelecer e de oferecer a saúde (PAULA et al., 2011). Contudo, este uso regular do medicamento pode remeter a uma situação de obrigação para os pacientes, o que pode *enjoar*. Conforme Lefèvre (1991) apresenta: “O remédio é, portanto, uma obrigação e na obrigação está contida a pílula amarga” (LEFÈVRE 1991, p. 97).

A transcrição abaixo demonstra isso:

“Bom, agora que tou entendendo, você toma a insulina de manhã, pra fazer efeito, ao longo do dia, agora, a rápida como o nome mesmo diz, ela faz efeito rápido. Eu convivo bem, apesar de tá enjoada de tomar.” (suj14)

6 CONCLUSÃO

Descobrir o DM2 foi chocante para a maioria dos sujeitos entrevistados para este trabalho, pois o diabetes trouxe para estes indivíduos limitações no viver. Eles, após o diagnóstico, passaram a ter que pensar em mudar o estilo de vida, inserindo a atividade física e buscando mais encontros com profissionais de saúde.

Além disso, muitos deles perceberam a necessidade de ingerir menor quantidade de alimentos e fazer escolhas alimentares constantemente, o que para 15 indivíduos gerou revolta, desânimo, e posteriormente resignação. Para 2 outros, que ultrapassaram essas fases dos sentimentos da descoberta de uma doença crônica, houve a instalação da resiliência, com o aumento da autoestima e da confiança no cuidado com a doença.

O viver com o diabetes ainda pode modificar as relações socioculturais do ato de alimentar. O diabético pode aderir às prescrições alimentares, sim ou não, ou ainda, pode fazê-lo bem ou mal, se estas forem feitas pelos profissionais de saúde, os quais considerem, além das necessidades biológicas dos indivíduos, também os aspectos socioantropológicos do alimentar.

Na convivência com o DM2, se deve considerar as percepções dos diabéticos quanto ao uso de medicamentos para a manutenção da saúde. Ocorreram dificuldades de adesão desta terapêutica por conta da rigidez dos horários, da baixa renda, do baixo entendimento, como foi revelado na maioria das falas dos entrevistados. Houve indicações de que as prescrições dos remédios e ou insulinas também podem ser adaptadas pelos adoecidos, assim como muitos já fazem com sua alimentação, por meio das “licenças sociais”, as quais acontecem nos eventos sociais ou nas mudanças de rotina, quando eles adaptam as prescrições dos profissionais de saúde a estas novas situações.

Nesta pesquisa, não houve afirmação, pelos entrevistados, de que um tratamento, seja dietético ou medicamentoso, é melhor ou mais importante que o outro. A maior parte dos entrevistados tem a percepção de que é mais fácil cumprir o cuidado com os fármacos em relação ao cuidado com a alimentação. Todavia, há indivíduos que possuem a percepção de que há a necessidade imperiosa do seguimento do plano alimentar para que o remédio passe a ser um auxiliar no cuidado com o diabetes.

Sugere-se que os atendimentos dos profissionais de saúde e as atividades em grupos educativos devam ir além do biologicismo, e, para tal, acredita-se que estas atividades precisam:

- ser organizadas para a escuta do paciente e o diálogo com este, sendo que toda a equipe de saúde deve ser capacitada constantemente sobre as interações psicossociais das doenças crônicas. Além disso, estes profissionais precisam interagir entre si, sobre os casos dos pacientes acompanhados;
- desenvolver um processo educativo que instrumentalize os usuários para lidar com as mudanças em seu estilo de vida, permitindo-lhe fazer escolhas conscientes em seus tratamentos, para além da mera transmissão de conhecimento sobre a doença;
- ter atenção individualizada, percebendo cada indivíduo como uma pessoa singular, investigando seu conhecimento sobre a doença, analisando sua situação socioeconômica, para propor soluções verdadeiramente próximas da sua realidade.
- além da política pública dos medicamentos e dos insumos utilizados no cuidado com o diabetes, faz-se necessário oferecer subsídios científicos para que o Governo possa avaliar a possibilidade de estruturar, também, uma política pública para a diminuição dos preços dos produtos dietéticos, os quais são voltados para indivíduos obesos, que também podem possuir outras comorbidades, como o diabetes. Esta é uma demanda da população estudada, pois estes produtos são pouco acessíveis a maioria dos portadores desta doença. O custo destes alimentos poderia ser menor, por exemplo, com a redução de alguns impostos que incidem sobre os mesmos.

Estas sugestões vão ao encontro da necessidade da execução de atendimentos melhores aos pacientes portadores de diabetes tipo 2 e de outras doenças, onde possa haver troca de informações, credibilidade e cooperação mútua na relação entre os profissionais de saúde e os adoecidos.

A discussão das percepções do diabético sobre sua doença e seus tratamentos, apresentada neste trabalho, pode ser vista ou revista pelos profissionais de saúde da ADJF e de outras instituições. Espera-se que estes

passem a considerar o doente e não só a sua doença e, além disso, que haja a continuidade destes estudos qualitativos em outras unidades de saúde.

REFERÊNCIAS

- ADJ DIABETES BRASIL. **A história do diabetes**. [c20--]. Disponível em: <<http://www.adj.org.br/site/internas.asp?area=9933&id=610>>. Acesso em: 10 dez. 2012.
- AGUIAR, L. G. K.; VILLELA, N. R.; BOUSKELA, E. A microcirculação no diabetes: implicações nas complicações crônicas e tratamento da doença. **Arquivos brasileiros de endocrinologia e metabologia**, São Paulo, v. 51, n. 2, p. 204-211, mar. 2007.
- ALMEIDA, T. C. et al. O consumo e ingestão alimentar da população brasileira: um olhar sobre os inquéritos nutricionais. **Revista gestão & saúde**, Curitiba, v. 2, n. 2, p. 7-15, 2011.
- APÓSTOLO, J. L. A. et al. Incerteza na doença e motivação para o tratamento em diabéticos tipo 2. **Revista latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 4, p. 575-582, jul./ago. 2007.
- ARAÚJO, M. F. M. et al. Aderência de diabéticos ao tratamento medicamentoso com hipoglicemiantes orais. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 361-367, abr./jun. 2010.
- ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE DIABETES. Consenso sobre: prevenção, controle e tratamento do *diabetes mellitus* não insulino dependente. Bogotá: ALAD, 1995.
- ASSOCIAÇÃO DOS DIABÉTICOS DE JUIZ DE FORA. **Nossa experiência com um movimento associativo de diabetes**. c2010-2013. Disponível em: <<http://www.adiabeticosjf.com.br>>. Acesso em: 10 jan. 2013.
- BARRETO, M. N. S. C. **Acesso aos medicamentos para tratamento de hipertensos e diabéticos assistidos nas unidades de saúde da família do município de Recife-PE**. 2012. 127f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)– Centro de Pesquisa Aggeu Magalhaes, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2012.
- BARSAGLINI, R. A.; CANESQUI, A. M. A alimentação e a dieta alimentar no gerenciamento da condição crônica do diabetes. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 4, p.919-932, 2010.
- BATISTA FILHO, M.; RISSIN, A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 19, p. 181-191, 2003. Suplemento.1.

BOOG, M. C. F. Atuação do nutricionista em saúde pública na promoção da alimentação saudável. **Revista ciência & saúde**, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 33-42, jan./jun. 2008.

BORBA, A. K. O. T. et al. Práticas educativas em diabetes Mellitus: revisão integrativa da literatura. **Revista gaúcha de enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 1, p. 169-176, mar. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 64 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Lei n. 11.347, de 27 de setembro de 2006. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos e materiais necessários à sua aplicação e à monitoração da glicemia capilar aos portadores de diabetes inscritos em programas de educação para diabéticos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 set. 2006b. p. 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégia nacional para a educação em saúde para o autocuidado em Diabetes Mellitus**. Florianópolis: SEAD/UFSC, 2009. 127 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Uso racional de medicamentos: temas selecionados**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 156 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BROOM, D.; WHITTAKER, A. Controlling diabetes, controlling diabetics: moral language in the management of diabetes type 2. **Social science & medicine**, Oxford, v. 58, n. 11, p. 2371-2382, Jun 2004.

CABRERA-PIVARAL, C. E. et al. Impacto de la educación participativa en el índice de masa corporal y glicemia en individuos obesos con diabetes tipo 2. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 275-281, jan./fev. 2004.

CANESQUI, A. M. Mudanças e permanências da prática alimentar cotidiana de famílias de trabalhadores. In: CANESQUI, A. M.; GARCIA, R. W. D. (Orgs.). **Antropologia e nutrição: um diálogo possível**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 167-210.

CANESQUI, A. M. A qualidade dos alimentos: análise de algumas categorias da dietética popular. **Revista de nutrição**, Campinas, v. 20, n. 2, p. 203-216, 2007a.

CANESQUI, A. M. (Org.). **Olhares socioantropológicos sobre os adoecidos crônicos**. São Paulo: Hucitec, 2007b. 149 p.

CARVALHO, F. S. et al. Importância da orientação nutricional e do teor de fibras da dieta no controle glicêmico de pacientes diabéticos tipo 2 sob intervenção educacional intensiva. **Arquivos brasileiros de endocrinologia e metabologia**, São Paulo, v. 56, n. 2, p. 110-119, mar. 2012.

COELHO, K. S. **Sistema especialista probabilístico para auxílio no manejo nutricional de pacientes com o *diabetes mellitus* utilizando a contagem de carboidratos**. 2008. 161f. Dissertação (Mestrado em Tecnologia em Saúde)– Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2008.

COLOMBO, C. R. C.; AGUILAR, O. M. Estilo de vida e fatores de risco de pacientes com primeiro episódio de infarto agudo do miocárdio. **Revista latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 2, p. 69-82, abr. 1997.

CONDOGNO, J. S.; FERNANDES, R. A.; MONTEIRO, H. L. Prática de atividades físicas e custo do tratamento ambulatorial de diabéticos tipo 2 atendidos em unidade básica de saúde. **Arquivos brasileiros de endocrinologia e metabologia**, São Paulo, v. 56, n. 1, p. 6-11, fev. 2012.

COTTA, R. M.M. et al. Hábitos e práticas alimentares de hipertensos e diabéticos: repensando o cuidado a partir da atenção primária. **Revista de nutrição**, Campinas, v. 22, n. 6, p. 823-835, dez. 2009.

DIAS, V. P.; SILVEIRA, D. T.; WITT, R. R. Educação em saúde: o trabalho de grupos em atenção primária. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 12, n. 2, p. 221-227, abr./jun. 2009.

FARIA, A. P. S.; BELLATO, R. A vida cotidiana de quem vivencia a condição crônica do *diabetes mellitus*. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 752-758, dez. 2009.

FECHIO, J. J.; MALERBI, F. E. K. Adesão a um programa de atividade física em adultos portadores de diabetes. **Arquivos brasileiros de endocrinologia e metabologia**, São Paulo, v. 48, n. 2, p. 267-275, abr. 2004.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FRAIGE, F. F. et al. Avaliação do impacto de um projeto de educação em *diabetes mellitus* tipo 2. **Diabetes clínica**, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 248-254, 2007.

FRANCIONI, F. F.; SILVA, D. G. V. O processo de viver saudável de pessoas com *diabetes mellitus* através de um grupo de convivência. **Texto & contexto – enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 1, p. 105-111, jan./mar. 2007.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 50. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011.

FREITAS, M. T. A. A abordagem sócio histórica como orientadora da pesquisa qualitativa. **Cadernos de pesquisa**, São Paulo, n.116, p. 21-39, jul. 2002.

FREITAS, R. W. J. F. et al. Fatores relacionados ao diagnóstico da enfermagem autocontrole ineficaz da doença pelos diabéticos. **Acta paulista de enfermagem**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 365-372, 2011.

FUNDAÇÃO INSTITUTO MINEIRO DE ESTUDOS E PESQUISAS EM NEFROLOGIA. Centro Hiperdia. c2008-2011. Disponível em: <<http://www.imepen.com/hiperdia/>>. Acesso em: 6 abr. 2014

FUNDAÇÃO INSTITUTO MINEIRO DE ESTUDOS E PESQUISAS EM NEFROLOGIA. **Imepen e hiperdia realizam campanha de diabetes**. 2012. Disponível em: <<http://www.imepen.com/imepen-e-hiperdia-realizam-campanha-de-combate-e-prevencao-ao-diabetes/>>. Acesso em: 04 jul. 2012.

GAMBA, M. A. et al. Amputações de extremidades inferiores por *diabetes mellitus*: estudo caso-controle. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v. 38, n. 3, p. 399-404, 2003.

GARCIA, R. W. D. Representações sobre consumo alimentar e suas implicações em inquéritos alimentares: estudo qualitativo em sujeitos submetidos a prescrição dietética. **Revista de nutrição**, Campinas, v. 17, n. 1, p. 15-28, jan./mar. 2004.

GIMENES, H. T.; ZANETTI, M. L.; HAAS, V. J. Fatores relacionados à adesão do paciente diabético à terapêutica medicamentosa. **Revista latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 1, p. 46-51, jan./fev. 2009.

GRILLO, M. F. F.; GORINI, M. I. P. C. Caracterização de pessoas com *diabetes mellitus* tipo 2. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 1, p. 49-54, jan./fev. 2007.

GROSS, J. L. et al. Nefropatia diabética e doença cardíaca. **Arquivos brasileiros de endocrinologia e metabologia**, São Paulo, v. 51, n. 2, p. 244-256, mar. 2007.

GUIMARÃES, F. P. M.; TAKAYANAGUI, A. M. M. Orientações recebidas do serviço de saúde por pacientes para o tratamento do portador de *diabetes mellitus* tipo 2. **Revista de nutrição**, Campinas, v. 15, n. 1, p. 37-44, jan./abr. 2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa de orçamentos de familiares, 2002-2003**: análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e do estado nutricional no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades@**: Minas Gerais, Juiz de Fora – Informações completas. c2014. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=313670&search=||jinfogr%E1ficos:-informa%E7%F5es-completas>>. Acesso em: 6 abr. 2014.

KLACK, K et al. Reabilitação nutricional de pacientes diabéticos. **Diabetes clínica**, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 267-276, 2007.

KNUTT, A. G. et al. Prática de atividade física e sedentarismo em brasileiros: resultados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) – 2008. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, p. 3697-3705, set. 2011.

LEFÈVRE, F. **O medicamento como mercadoria simbólica**. São Paulo: Cortez, 1991.

LIMA, A. C. G. G. O. D. **As representações sociais de saúde de saúde e doença para os portadores de diabetes melito que procuram o serviço de diagnóstico de e prevenção de retinopatia diabética**. 2005. 81f. Dissertação (Mestrado em Psicologia)– Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2005.

LIMA, K. A. **Análise do processo de construção do conhecimento dietoterápico de pacientes diabéticos atendidos no Programa Saúde da Família do município de Araras-SP**. 2004. 271f. Dissertação (Mestrado em Alimentos e Nutrição)– Faculdade de Ciências Farmacêuticas, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Araraquara, 2004.

LOPES, A. A. F. O gênero do cuidado de si: as implicações da dieta alimentar na comensalidade de diabéticos. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 36, p. 345-374, jun. 2011.

MACIEL, M. E. D. Educação em saúde: conceitos e propósitos. **Cogitare enfermagem**, Curitiba, v. 14, n. 4, p. 773-776, out./dez. 2009.

MAIAS NETO, R. C. **Vivendo com o diabetes mellitus**: a experiência dos sujeitos atendidos em uma unidade publica de saúde do Rio de Janeiro. 2003. 80f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)– Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

MATO GROSSO. Assembleia Legislativa do Estado do Mato Grosso. Secretaria de Comunicação da Assembleia Legislativa. **Deputado quer isenção do ICMS para produtos consumidos por diabéticos em MT**. Cuiabá: Assembleia Legislativa, 2010. Disponível em: <<http://www.al.mt.gov.br/TNX/conteudo.php?sid=44&cid=25940&parent=44>>. Acesso em: 9 fev. 2014.

MATO GROSSO DO SUL. Assembleia Legislativa do Estado do Mato Grosso do Sul. Projeto de Lei n. 215/13. Autoriza o Poder Executivo a conceder a isenção do Imposto de Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS) a produtos alimentícios para diabéticos. **Diário Oficial da Assembleia Legislativa do Mato Grosso do Sul**, Campo Grande, 5 dez. 2013. Sessão Plenária, p. 3. (Pauta até 10/12/2013. (Art. 188 do RIAL. 1ª Discussão).

McLELLAN, K. C. P. et. al. *Diabetes mellitus* do tipo 2, síndrome metabólica e modificação no estilo de vida. **Rev. Nutrição**, Campinas, v. 20, n. 5, p. 515-524, set./out. 2007.

MELLO-JORGE, M. H. P.; GOTLIEB, S. L. D.; LAURENTI, R. **A saúde no Brasil: análise do período 1996 a 1999**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2001.

MELO, K. F. S. Como e quando usar insulina no paciente com *diabetes mellitus* tipo 2: o papel do clínico/cardiologista. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, ano 15, n. 8, p. 1-6, maio/ago. 2006.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Superintendência de Redes de Atenção à Saúde. Diretoria de Redes Assistenciais. Coordenadoria da Rede de Hipertensão e Diabetes. **Programa Hiperdia Minas: estratificação de risco**. 2008. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/politicas_de_saude/hiperdia-mineiro-1/Estratificacao%20de%20risco.pdf>. Acesso em: 9 fev. 2013.

MINAS GERAIS. Assembleia Legislativa do Estado de Minas Gerais. Defesa de menos impostos marca debate sobre produtos voltados para diabéticos. **Assembleia informa**, Belo Horizonte, 15 jun. 2010. Ano 19, n. 3639, p. 1-2. Disponível em: <http://www.almg.gov.br/opencms/export/sites/default/sala_imprensa/assembleia_informa/pdfs/2010/06/AI20100615.pdf>. Acesso em: 9 fev. 2014

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MOLENA-FERNANDEZ, C. A. et al. A importância da associação de dieta e de atividade física na prevenção e controle do *diabetes mellitus* tipo 2. **Acta scientiarum. Health sciences**, Maringá, v. 27, n. 2, p. 195-205, jul./dez. 2005.

MOTTA, D. G. **Educação nutricional e diabetes tipo 2: compartilhando saberes, sabores e sentimentos**. Piracicaba: Jacintha, 2009.

NATAL, S. Tratamento da tuberculose: causas da não aderência. **Boletim de pneumologia sanitária**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 50-70, 1997.

OLIVEIRA, A. P.; SIQUEIRA, H. C. H. Influência dos exercícios físicos e da alimentação na qualidade de vida de portadores de hipertensão arterial sistêmica e *diabetes mellitus*. **Anuário da produção de iniciação científica discente**, Valinhos, v. 11, n. 12, p. 13-38, 2008.

OLIVEIRA, J. E. P.; MILECH, A. **Diabetes mellitus clínica, diagnóstico tratamento multidisciplinar**. São Paulo: Atheneu, 2006.

OLIVEIRA, P. B.; FRANCO, L. J. Consumo de adoçantes e produtos dietéticos por indivíduos com diabetes melito tipo 2, atendidos pelo Sistema Único de Saúde em Ribeirão Preto, SP. **Arquivos brasileiros de endocrinologia e metabologia**, São Paulo, v. 54, n. 5, p. 455-462, 2010.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Promoción del uso racional de medicamentos: componentes centrales**. Ginebra: OMS, 2002.

PAULA, P. A. B. et al. O uso do medicamento na percepção do usuário do Programa Hiperdia. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 5, p. 2623-2633, maio 2011.

PERES, D. S.; FRANCO, L. J.; SANTOS, M. A. Comportamento alimentar em mulheres portadoras de diabetes tipo 2. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v. 40, n. 20, p. 310-317, abr. 2006.

PERES, D. S.; FRANCO, L. J.; SANTOS, M. A. Sentimentos de mulheres após o diagnóstico de diabetes tipo 2. **Revista latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 1, p. 101-108, fev. 2008.

PERES, D. S. et al. Dificuldades dos pacientes diabéticos para o controle da doença: sentimentos e comportamentos. **Revista latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 6, p. p. 1105-1112, nov./dez. 2007.

PINTO, D. et al. Norma terapêutica da *diabetes mellitus* tipo 2 : metformina : uma perspectiva crítica. **Acta médica portuguesa**, Lisboa, v. 24, p. 331-338, 2011.

PONTIERE, F. M.; BACHION, M. M. Crenças de pacientes diabéticos acerca da terapia nutricional e sua influência na adesão ao tratamento. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n.1, p. 151-160, jan. 2010.

REINERS, A. A. O. et al. Produção bibliográfica sobre adesão/não adesão de pessoas ao tratamento de saúde. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, p. 2299-2306, 2008. Suplemento 2.

SANTOS, A. F. L.; ARAÚJO, J. W. G. Prática alimentar e diabetes: desafios para a vigilância em saúde. **Epidemiologia e serviços de saúde**, Brasília, v. 20, n. 2, p. 255-263, abr./jun. 2011.

SANTOS, C. C. et al. A influência da televisão nos hábitos, costumes e comportamento alimentar. **Cogitare enfermagem**, Curitiba, v. 17, n. 1, p. 65-71, jan./mar. 2012.

SANTOS, E. C. B. et al. Políticas públicas e direitos dos usuários do Sistema Único de Saúde com *diabetes mellitus*. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 5, p. 952-957, out. 2011.

SANTOS FILHO, C. V.; RODRIGUES, W. H. C.; SANTOS, R. B. Papéis de autocuidado - subsídios para enfermagem diante das reações emocionais dos portadores de *diabetes mellitus*. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 125-129, mar. 2008.

SANTOS, M. A. et al. Representações sociais de pessoas com diabetes acerca do apoio familiar percebido em relação ao tratamento. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 651-658, jun. 2011.

SANTOS, W. B.; NEVES, E. M. Ser diabético: estudo sobre a construção de identidade na Associação de Diabéticos de João Pessoa – ADJP. **Caos – Revista eletrônica de ciências sociais**, João Pessoa, n. 18, p. 32-41, set. 2011.

SARTORELLI, D. S.; FRANCO, L. J.; CARDOSO, M. A. Intervenção nutricional e prevenção primária do diabetes mellitus tipo 2: uma revisão sistemática. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 7-18, jan. 2006.

SCHMALFUSS, J. M. **Mulheres com diabetes melito gestacional**: conhecendo a doença e convivendo com ela. 2011. 64f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)– Escola de enfermagem, Universidade Federal de Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

SELLI, L. et al. Técnicas educacionales en el tratamiento de la diabetes. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1366-1372, set./out. 2005.

SILVA, D. G. V. et al. Pessoas com *diabetes mellitus*: suas escolhas de cuidados e tratamentos. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 3, p. 297-302, maio/jun. 2006.

SILVA, I.; PAIS-RIBEIRO, J.; CARDOSO, H. Adesão ao tratamento da *diabetes mellitus*: A importância das características demográficas e clínicas. **Revista de enfermagem referência**, Coimbra, série 2, n. 2, p. 33-41, jun. 2006.

SILVA, N. C. **Significados do tratamento nutricional por pacientes diabéticos na Santa Casa de Misericórdia do município de Serrinha, Bahia**. 2008. 114f. Dissertação (Mestrado em Alimentos, Nutrição e Saúde)– Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2008.

SIQUEIRA, K. D. N. **Dificuldades existentes na adesão ao tratamento dos pacientes portadores de diabetes numa unidade da estratégia de saúde da família**. 2010. 67f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde)– Universidade Cruzeiro do Sul, São Paulo, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2009**. 3. ed. Itapevi: A. Araújo Silva Farmacêutica, 2009. 400 p.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Algoritmo para o tratamento do diabetes tipo 2**: atualização 2011. São Paulo: SBD, 2011. (Posicionamento Oficial SBD n. 3).

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diagnóstico e tratamento do diabetes tipo 1**: atualização 2012. São Paulo: SBD, 2012. (Posicionamento oficial SBD n. 1, 2012).

SOUSA, G. **Uso de adoçantes e alimentos dietéticos por pessoas diabéticas.** 2006. 64f. Dissertação (Mestrado em enfermagem geral e especializada)– Escola de enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2006.

SOUZA, J. M. B. et al. Obesidade e tratamento: desafio comportamental e social. **Revista brasileira de terapias cognitivas**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 59-67, jun. 2005.

STUHLER, G. D. **Representações sociais e adesão ao tratamento do diabetes mellitus tipo 2.** 2012. 189f. Tese (Doutorado em Psicologia)– Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

TAVARES, B. C. et al. Resiliência de pessoas com *diabetes mellitus*. **Texto & contexto – enfermagem**, Florianópolis, v. 20 n. 4, p. 751-757, out./dez. 2011.

THAINES, G. H. L. S. et al. A busca por cuidado empreendida por usuário com *diabetes mellitus*: um convite à reflexão sobre a integralidade em saúde. **Texto & contexto – enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 1, p. :57-66, jan./mar. 2009.

TORRES, H. C. et al. Avaliação estratégica de educação em grupo e individual no programa educativo em diabetes. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 291-298, abr. 2009.

TORRES, H. C.; HORTALE, V. A.; SCHALL, V. A experiência de jogos em grupos operativos na educação em saúde para diabéticos. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1039-1047, jul./ago. 2003.

TURATO, E. R. **Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa:** construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas de saúde e humanas. Petrópolis: Vozes, 2003.

VINHOLE, E. R.; ALANO, G. M.; GALATO, D. A percepção da comunidade sobre a atuação do Serviço de Atenção Farmacêutica em ações de educação em saúde relacionadas à promoção do uso racional de medicamentos. **Saúde e Sociedade**, v. 18, n. 2, p. 293-303, abr./jun. 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases.** Report WHO Consultation. Geneva: WHO, 2003. (WHO Technical Report Series, 916).

XAVIER, A. T. F.; BITTAR, D. B.; ATAÍDE, M. B. C. Crenças no autocuidado em diabetes: implicações para a prática. **Texto contexto - enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 124-130, mar. 2009.

ZANETTI, M. L. et al. O cuidado à pessoa diabética e as repercussões na família. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 2, p. p. 186-192, abr. 2008..

APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiro para a entrevista

OBS: as perguntas em negrito são as norteadoras da entrevista. As perguntas em itálico serão usadas, se necessário, para estimular o respondente, adaptando-se a linguagem das mesmas ao momento da entrevista. Servem, em última instância, como âncoras para o entrevistador.

1. Você tem diabetes. Explique para mim, com suas palavras, o que significa pra você ser diabético(a)?

2. Para você, como foi descobrir que tem diabetes?

(O que sentiu quando soube sobre sua doença? Sintomas físicos e/ou psicológicos, dificuldades e/ou mudanças na vida, reações dos familiares)

3. Fale sobre o que você considera fácil ou difícil no lidar com a doença.

(Lidar com família, e/ou amigos, e/ou trabalho, alterar hábitos de vida, vivenciar sentimentos novos ou diferentes, lidar com profissionais de saúde, questões financeiras, educacionais, sociais)

4. O que você pensa sobre a alimentação?

(ajuda ou atrapalha, é necessária e importante, é difícil de ser cumprida e entendida? Deve estar relacionada a outras atividades? Questões financeiras, sociais, educacionais também aparecem aqui).

5. O que você pensa sobre o uso de medicamentos?

(ajuda ou atrapalha, é necessária e importante, é difícil de ser cumprida e entendida? Deve estar relacionadas a outras atividades? Questões financeiras, sociais, educacionais também aparecem aqui).

APÊNDICE B – Questionário Socioeconômico

- 1) Nome e Idade (anos): _____

- 2) Sexo: () masculino () feminino

- 3) Grau de Instrução:
 - () alfabetizado
 - () 1º grau completo
 - () 1º grau incompleto
 - () 2º grau completo
 - () 2º grau incompleto
 - () 3º grau
 - () analfabeto

- 4) Profissão/Ocupação: _____

- 5) Renda familiar:
 - () < 1 salário mínimo
 - () 1 a 2 salários mínimos
 - () 2 a 3 salários mínimos
 - () acima de 3 salários mínimos

- 6) Mora com quantas pessoas? _____

- 7) Há quanto tempo possui diabetes? _____

- 8) Qual a medicação utilizada , frequência e tempo de uso ? _____

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE MEDICINA DA UFJF

Pesquisador responsável: Wanessa F S Aquino do Carmo
Endereço: Av Barão do Rio Branco, 1804/326 - Centro - Juiz de Fora - MG
Fone: (32) 3211-1224 e 99258405 wanessaaquino@yahoo.com.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “Percepção de portadores de diabetes tipo 2 frequentadores de uma associação filantrópica sobre a alimentação e os medicamentos em seu cotidiano”, por possuir diabetes tipo 2 e ser frequentador da Associação dos Diabéticos de Juiz de Fora. Neste estudo pretendo compreender o que significa ter diabetes e usar medicamentos e fazer dieta. Assim, o objetivo é contribuir para conhecer mais como você entende essa doença e tentar ajudar no seu tratamento e na convivência com o diabetes.

Para fazer esta pesquisa vou precisar preencher um questionário com seus dados pessoais e fazer entrevistas semi-estruturadas (nas quais são feitas algumas perguntas, uma conversa enfocando o tema do trabalho). Após esta etapa vou analisar o que você me informou e apresentar um trabalho com os resultados do que aprendi.

Coloco ao seu dispor o texto do projeto de pesquisa que citei acima para o seu exame, onde constam dados relativos aos objetivos, material e métodos empregados. Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem qualquer vantagem financeira. Este estudo enquadra-se na categoria de pesquisa com risco mínimo, ou seja, o mesmo risco que têm atividades rotineiras como conversar, ler, etc.; porém, caso haja eventual dano que possa ser comprovado, será providenciada a indenização financeira relativa ao mesmo. Você será esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e está livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador. O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada, em 2014, na Faculdade de Medicina da UFJF. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, por 5 anos a partir do término da pesquisa e a outra será fornecida a você.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos do estudo “Percepção de portadores de diabetes tipo 2 de uma associação filantrópica sobre a alimentação e os medicamentos em seu cotidiano”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar, se assim o desejar. Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 2013.

Nome	Assinatura participante	Data
------	-------------------------	------

Nome	Assinatura pesquisador	Data
------	------------------------	------

Nome	Assinatura testemunha	Data
------	-----------------------	------

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o
CEP- COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA/UFJF
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DA UFJF
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA
CEP 36036.900
FONE: 32 3229 3788

ANEXOS

ANEXO A – Termo de aprovação do Comitê de Ética

02/02/13

Plataforma Brasil

Saúde
Ministério da Saúde



Wanessa Françoise da Silva Aquino do Carmo - Pesquisador | V2.15

Cadastrados

Sua sessão expira em: 50min 41

Você está em: Pesquisador > Gerir Pesquisa > Detalhar Projeto de Pesquisa

DETALHAR PROJETO DE PESQUISA

Dados do Projeto de Pesquisa

Título da Pesquisa: Percepção de portadores de diabetes tipo 2 frequentadores de uma associação filantrópica sobre a alimentação e os medicamentos em seu cotidiano.

Pesquisador: Wanessa Françoise da Silva Aquino do Carmo

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 09178712.7.0000.5147

Submetido em: 11/12/2012

Instituição Proponente: FACULDADE DE MEDICINA - UFUF

Situação: Aprovado

Localização atual do Projeto: Pesquisador Responsável

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio



Documentos Postados do Projeto

Tipo Documento	Situação	Arquivo	Postagem
Parecer Consultado do CEP	A	PES_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_173252.pdf	14/12/2012 11:31:49
Interface REBEC	A	FB_XML_INTERFACE_REBEC.xml	11/12/2012 16:45:20
Projeto de Pesquisa	A	PES_PROJETO_DE_PESQUISA_51787.pdf	11/12/2012 16:45:05
Declarações Diversas	A	declaracao de infra-estrutura.jpg	11/12/2012 16:21:49
Outros	A	apexo7 relato entrevista para cep 101012.pdf.doc	17/10/2012 13:40:31
Vínculo Instituição Responsável Promotora	A	discicente da UFUF.jpg	11/10/2012 21:41:47
TGLE - Modelo de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	A	tgle corrigido 301012.docx	11/10/2012 21:35:40
Folha de Rosto	A	percepcao dos portadores de diabetes tipo 2 frequentadores de uma associacao filantropica sobre a alimentacao e os medicamentos em seu cotidiano (2).jpg	11/10/2012 21:34:08

[Listar Todos »](#)

Tramitação:

CEP Trâmite	Situação	Data Trâmite	Parecer	Informações
Universidade Federal de Juiz de Fora/UFJF	Submetido para avaliação do CEP	11/10/2012		
Universidade Federal de Juiz de Fora/UFJF	Aceitação do PP	16/10/2012		
Universidade Federal de Juiz de Fora/UFJF	Parecer liberado	07/12/2012		
Universidade Federal de Juiz de Fora/UFJF	Submetido para avaliação do CEP	11/12/2012		
Universidade Federal de Juiz de Fora/UFJF	Aceitação do PP	12/12/2012		
Universidade Federal de Juiz de Fora/UFJF	Parecer liberado	14/12/2012		

Localização atual do Projeto: Pesquisador Responsável

Voltar	Enviar Notificação
------------------------	------------------------------------